

DE LA
SYPHILIS SECONDAIRE
DE LA CONJONCTIVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH NARJOUX

Né le 3 Septembre 1867, à Rully (Saône-et-Loire).

Ancien Externe des Hôpitaux



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1895

DE LA

SYPHILIS SECONDAIRE

DE LA CONJONCTIVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH NARJOUX

Né le 3 Septembre 1867, à Rully (Saône-et-Loire)

Ancien Externe des Hôpitaux



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1895

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVÉAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
	{	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{	OLLIER.
	{	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAILLETON
Clinique des maladies mentales.		PIERRET.
Physique médicale.		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.		FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.		LORTET.
Anatomie.		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne.		TEISSIER.
Pathologie externe.		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPPIER
Médecine opératoire.		POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.		ARLOING.
Médecine légale.		LACASSAGNE.
Hygiène.		BARD.
Thérapeutique.		SOULIER.
Pharmacie.		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. ROUX.
CONDAMIN	GANGOLPHE.	ROCHET.	WEILL.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	BARRAL et MOREAU
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargés des fonctions d'agrégé
DEVIC	PERRET.	ROQUE.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. AUGAGNEUR, Président; M. BARD, Assesseur; MM. ROLLET et CONDAMIN Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR AUGAGNEUR

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROLLET

INTRODUCTION

Le terrain conjonctival, malgré les moyens de défense que lui donnent les sécrétions lacrymale et glandulaire, est apte, on le sait, à présenter, soit l'accident primitif, soit la série des autres manifestations secondaires, secondaires-tertiaires et tertiaires. Il n'est pas plus à l'abri de la syphilis que des éruptions d'autre nature : eczéma, pityriasis, psoriasis, impetigo, etc. Nous avons affaire à une muqueuse, nous y trouverons donc toutes les lésions spécifiques qu'on a l'habitude de rencontrer et sur la muqueuse des lèvres et sur celle du prépuce. On trouve dans ces manifestations une égalité qui règne sur toutes les muqueuses et qu'on aurait pu découvrir plus tôt, si ces accidents n'étaient pas si rares.

Ce ne sont pas, en effet, des affections bien fréquentes, et les auteurs, n'étant pas habitués à les voir, ne les ont

pas recherchées. D'ailleurs, elles apportent quelquefois si peu de gêne au glissement du globe oculaire ou des paupières; ou bien leur manifestation est si discrète qu'elles ont pu ainsi échapper à l'examen. De là, le petit nombre de travaux qui ont été publiés sur la matière.

La littérature n'offre pas, en effet, beaucoup de cas de syphilis conjonctivale; et le chiffre qui en indique le nombre s'abaisse bien davantage si, comme nous voulons le faire, on se borne à ne considérer que les lésions de la seconde période, éliminant par là les accidents bien plus nombreux, bien plus nets et bien mieux observés des périodes primaire et tertiaire.

Nous le déclarons donc dès le début, notre étude n'embrassera que les *lésions secondaires*. C'est un sujet bien restreint, mais c'est un des coins les moins fouillés de la syphiligraphie oculaire, et c'est cet amour du nouveau qui nous a poussé à diriger de ce côté nos recherches.

Jusqu'à présent, aucun travail synthétique sur ce sujet n'ayant vu le jour, M. le professeur agrégé Et. Rollet a bien voulu nous montrer l'intérêt qui s'attache à cette question, et nous a encouragé à choisir ce sujet. Il a d'ailleurs si bien su aplanir les difficultés de nos recherches, il nous a si bien conduit dans notre route encore inexplorée, et où, par conséquent, notre inexpérience aurait pu si facilement se perdre, que notre modeste travail n'est que le reflet de ses patientes investigations.

Nous avons essayé de réunir, aussi scrupuleusement que

possible, tout ce que les différents auteurs ont pu écrire sur la matière, et, comme dans le sujet qui nous intéresse, il s'agit surtout d'observations, nous en avons réuni le plus possible afin de montrer la réalité des faits que nous avançons.

Nous ajouterons personnellement à l'histoire de ces lésions secondaires deux cas nouveaux, observés presque en même temps, mais dans deux hôpitaux différents. Le premier nous a été fourni par M. le professeur agrégé Et. Rollet, agrégé de clinique chirurgicale, suppléant M. le professeur Poncet, de l'Hôtel-Dieu. Le second nous a été très gracieusement communiqué par notre ami, M. Delore, interne à la clinique des maladies syphilitiques et cutanées de l'Antiquaille.

Nous voulons tout d'abord, au début de ce modeste travail, remercier M. le professeur Augagneur, du grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse. Nous craignons cependant que, vu son autorité en la matière, notre travail soit indigne d'un tel patronage.

Quant à M. le professeur agrégé Et. Rollet, la dette que nous avons contractée envers lui est trop grande, et jamais notre gratitude ne pourra le payer de toute la bonté et de toute la bienveillance dont il nous a entouré jusqu'à présent. Après nous avoir encouragé, soutenu, conseillé pendant le cours de nos études, et surtout pendant le semestre d'externat qu'il nous a été donné de passer à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de

L'Antiquaille, il a bien voulu guider lui-même nos premières recherches, contribuant jusqu'au bout à faire de nous ce que nous sommes. Qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde reconnaissance, et, qu'il soit assuré que nous lui en garderons un éternel souvenir.

Nous ne saurions non plus oublier M. le professeur Gailleton ; tous ceux qui l'ont approché connaissent sa bonté, tous ceux qui l'ont entendu connaissent la clarté de ses enseignements. C'est dire que nous avons été bien partagé, puisqu'il nous a été donné de passer six mois auprès de lui comme externe.

Qu'il nous soit permis aussi d'adresser tous nos remerciements à M. le Dr Levrat, chirurgien-major de l'hospice de la Charité ; tout ce que nous savons en chirurgie infantile et en maladies de la puerpéralité, nous le devons à lui.

MM. les Drs Jossierand et Chappet, tous deux médecins des hôpitaux, voudront bien aussi recevoir l'assurance de notre gratitude ; le temps que nous avons passé auprès d'eux nous a paru trop court.

Enfin, nous n'aurions garde d'oublier notre ami, M. Bonaymé, qui a fort gracieusement mis à notre service sa connaissance approfondie de la langue allemande. Nous l'en remercions cordialement. M. Abramowitch a bien voulu aussi nous traduire une observation tirée d'un auteur russe ; à lui aussi nos remerciements.

Notre travail comprendra quatre chapitres. Après un

résumé rapide de l'historique de la question, nous entrerons franchement dans le sujet, en faisant une étude aussi complète que possible des accidents secondaires que la syphilis peut faire naître sur la conjonctive palpébrale et bulbaire. Dans un troisième chapitre, nous nous appliquerons à établir la différence existant au point de vue du diagnostic, entre ces lésions spécifiques et une foule d'autres affections pouvant les simuler. Nous terminerons enfin par quelques mots sur le pronostic et le traitement tant local que général que nous pensons devoir être appliqué dans ces circonstances.

DE LA

SYPHILIS SECONDAIRE

DE LA CONJONCTIVE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Il ne faut pas remonter très loin dans la littérature médicale pour étudier le premier cas observé. Nous avons déjà dit, en effet, que les lésions secondaires, limitées à la conjonctive, étaient rares, soit que les observateurs aient manqué, soit que ces lésions aient échappé à leurs recherches.

Smee (*London medical gazette*, 1844) est le premier qui ait donné une observation d'éruption conjonctivale de nature syphilitique : « Sur la conjonctive d'une femme atteinte depuis trois ans de syphilis, existait, au-dessus de la cornée, une tache un peu moins grande qu'une pièce d'un penny. La conjonctive était *tuméfiée, surélevée* sur ce point et offrait une teinte cuivrée. Il y avait une éruption cuivrée, d'aspect indéterminé, sur le corps, et un petit ulcère à l'angle des paupières. »

Desmarres père (*Traité des maladies des yeux*, 1855) parle d'une éruption de « syphilides tuberculeuses qui s'élevaient de tous côtés sur la conjonctive, petites tumeurs indolentes, très dures, oblongues », coexistant avec d'autres tubercules de même aspect sur les téguments, et avec une double iritis à condylomes, chez un adulte. La peau des paupières était criblée de ces productions. Le traitement spécifique agit merveilleusement. S'agit-il d'une véritable éruption papuleuse ou d'infiltrations gommeuses multiples? Nous verrons plus tard qu'il est bien rare d'observer un grand nombre de gommages épisclérales sur un même endroit. Aussi, le fait demeure-t-il douteux. Ailleurs, Desmarres déclare n'avoir jamais eu l'occasion d'observer des plaques muqueuses, ni comme A. Smee, d'éruptions cuivrées sur la conjonctive palpébrale.

John F. France (*Guy's hosp. rep.*, 1861) cite trois cas qui lui sont personnels : les deux premiers peu étudiés, le dernier, le plus important, a trait à un petit malade atteint de syphilis héréditaire et qui présentait sur les deux yeux « une décoloration partielle et nettement limitée, en même temps qu'un épaissement de la conjonctive de chaque côté ».

Suivant John France, rien de semblable ne se trouve dans les travaux illustrés de Ruete, Dalrymple et Demours. Il ajoute que soixante ans se sont écoulés entre le premier et le troisième cas reconnus à Guy's hospital.

Puis vient un cas publié par Magni (*Giornale d'oftalm. ital.*, 1863), où l'apparition de nombreuses petites élevures rougeâtres, coexistant avec des plaques cuivrées cutanées ou des iritis, disparaissant et se reproduisant

incessamment pendant plusieurs mois, *mobiles avec la conjonctive*, fut qualifiée de kérato-conjonctivite gommeuse. Y avait-il une éruption de phlyctènes, comme la présence de légères complications cornéennes le donnerait à penser ? Étaient-ce de véritables papules syphilitiques ? Quoiqu'il soit difficile de conclure avec certitude, la mobilité de ces petites tumeurs donne de fortes présomptions en faveur de papules spécifiques.

De Wecker (*Traité des maladies des yeux*, 2^e édition, 1867) relate trois observations de syphilis conjonctivale. Les deux premières n'ont pas trait à notre sujet. Quant à la dernière, la seule qui pourrait nous intéresser, il s'agit d'une tumeur de la grosseur d'une fève, qui fut prise par Sichel père pour un épithélioma, mais qui devait, en réalité, être une tumeur gommeuse du tissu conjonctival.

Il nous faut ensuite aller jusqu'à Mauthner, qui dans la 4^e édition du *Traité de Zeissl*, décrit une nouvelle forme de manifestation secondaire de la conjonctive. Ce serait une sorte de conjonctivite catarrhale opiniâtre pouvant aboutir à la longue à une iritis ; mais il ajoute « sans que l'on puisse décider avec sûreté que le catarrhe soit dû à la syphilis. » Cette incertitude planera malheureusement sur beaucoup d'observations.

La thèse de Savy (*Des éruptions conjonctivales*, Paris, 1876) contient au contraire un exemple de *syphillide papuleuse* vraie, due à M. Fournier. Dans le même travail, on trouve, très résumées, une observation de M. Jullien et une de Lallier ; il s'agirait dans le premier cas d'une papule syphilitique siégeant sur la face interne de la paupière gauche. Le second cas affirme la présence

d'une papule sur la conjonctive bulbaire d'une syphilitique sans autres détails.

Sichel fils eut l'occasion d'observer, à la fin de 1878, une petite tumeur de forme ovulaire, de la grosseur d'un grain de blé et ressemblant à une phlyctène en voie de développement ; le diagnostic qu'il établit fut celui de : *Syphilide papulo-ulcéreuse de la conjonctive bulbaire de l'œil droit*. Cette remarquable observation est rapportée tout au long dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, année 1880. Des travaux antérieurs avaient pourtant déjà été faits par le même auteur et sur le même sujet dans son *Traité élémentaire d'ophtalmologie*, 1879.

Nous parlerons peu de Galvani, d'Athènes, dont l'observation, publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, 1880, relate sans doute un fait non douteux de syphilis conjonctivale, mais nous serions bien embarrassé pour le classer dans une catégorie quelconque des accidents secondaires.

M. Galezowski (*Traité des maladies des yeux*) dit qu'il a vu des malades atteints de papules syphilitiques de la joue et des paupières, chez lesquels on voyait sur la conjonctive scléroticale de petites élévations papuleuses, d'une teinte rouge jaunâtre, sans aucune trace d'inflammation au pourtour.

Il a vu aussi « une phlyctène péricornéenne non ulcérée qui n'a guéri qu'après traitement antisiphilitique prescrit ».

Lang, dans ses leçons sur la syphilis (*Vorlesungen über Syphilis*), déclare qu'il a observé des papules conjonctivales de forme et de dimensions variables, coexistant avec des éruptions papuleuses analogues au front et au

menton, même dans le méat auditif et avec d'autres signes de syphilis secondaire.

Puis, M. Dor observe un nouveau cas de syphilis secondaire conjonctivale et il le publie dans les *Annales de Dermatologie*, 1881, sous les titres de : *Papules syphilitiques de la conjonctive palpébrale et bulbaire*.

Dans le livre de Finger sur la *syphilis et les maladies vénériennes*, 1886, et dans le *Traité de Wolf, sur l'oeil et les maladies des organes génitaux*, 1888, il est fait mention des papules syphilitiques sur la conjonctive du bulbe, sans description des observateurs.

Dans la session du 21 janvier 1888, de la Société des médecins de Budapest, le Dr Goldzieher fait une communication sur la conjonctivite syphilitique. Il s'agit de deux cas de son service. Le premier est celui d'un homme de trente-deux ans qui eut une iritis récidivante, puis une conjonctivite opiniâtre avec granulations jaune pâle, et épaissement considérable de la conjonctive. Le deuxième cas, homme de vingt-six ans, présentait les mêmes manifestations que le premier : granulations, infiltration, chémosis.

Goldzieher rappelle la ressemblance qui existe entre ces deux cas et celui de Fuchs et Magawly qui ont décrit la chondrite syphilitique, lésion dans laquelle le cartilage tarse est épaissi, infiltré et tuméfié. Cette chondrite a également été observée par Bull (*New-York med journ.*) et il y avait en même temps des granulations rudes de la conjonctive. Comme pour le cas de Mauthner, il s'agit évidemment là d'une manifestation toute particulière de la syphilis conjonctivale, manifestation encore inobservée par les auteurs français, et sur laquelle Schwimmer élève

des doutes sérieux, de même que le Dr N. Feuer qui trouve que les cas de Goldzieher offrent une ressemblance frappante avec le trachome diffus de Stellwag.

« *Sur une affection syphilitique particulière de la conjonctive* », tel est le sujet que traite le professeur Sattler, dans la session du 16 mars 1888 de la Société des médecins allemands à Prague (*Prager. med. Woch.* 1888 Nr. 12). Il fait mention des deux cas nouvellement observés par Goldzieher, et pense à un cas plus ancien déjà acquis et observé par Macauley. Le cas de l'observation particulière de Sattler concerne une femme anémique chez laquelle s'était développé un grand nombre de granulations du cul-de-sac conjonctival, sans aucune modification du reste de la conjonctive qui était seulement pâlie. Ces lésions coexistaient avec des accidents syphilitiques très nets sur le corps, et une médication antisyphilitique fit disparaître ces granulations sans employer de traitement local.

Alexander, dans son intéressant travail (*Syphilis und Auge. Wiesbaden, 1889*) rapporte les faits annoncés par Lang, un cas de Sichel fils (*Centralbl. f. Augenh.* 1880) qualifié de syphilide ulcéro-papilleuse, et qui ressemble tout à fait à une épisclérite gommeuse, enfin un cas de Bosma (*Gaz. med. ital. Prov. Venete. Anno 26*) concernant un homme de soixante-cinq ans, porteur de papules syphilitiques cutanées et d'une papule nette dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.

Un auteur russe, Frapeznikoff, rapporte à son tour, dans le *Journal Vrach*, 1891, n° 35, l'observation d'un soldat, âgé de vingt et un ans, atteint de papule muqueuse de la conjonctive bulbaire de l'œil droit.

Plus récemment encore, viennent les observations de

MM. les D^{rs} Adenot et Meurer (*Province médicale de Lyon*, n° du 8 octobre 1892) sur des plaques muqueuses oculaires et palpébrales ; puis celle du D^r Fromaget (*Gaz. heb. des sciences méd. de Bordeaux*, n° 32) concernant une plaque muqueuse bulbaire de l'œil gauche.

Dans un très intéressant travail, publié dans la *Gazette médicale de Paris*, 1894, M. le D^r Albert Terson fait une longue dissertation sur les papules syphilitiques de la conjonctive, et il y ajoute une nouvelle observation prise dans le service de M. le professeur Fournier.

Nous terminerons notre historique, un peu allongé, il est vrai, mais très important, puisqu'il renferme à peu près tout ce qui a été écrit jusqu'à présent sur la matière, en signalant l'observation de M. le D^r Herter (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, n° 200) sur un cas de plaque muqueuse de la conjonctive du bulbe ; celle de M. le D^r Rothschild, externe des hôpitaux de Paris, et tirée de la clinique du D^r Meyer (*Revue générale d'ophtalmologie*, mars 1895) ; enfin, celle très résumée de Gutmann, rapportée dans la *Médecine moderne*, du 1^{er} juin 1895.

A cette longue énumération, nous ajouterons nos deux cas nouveaux, l'un de plaque muqueuse papulo-érosive de la commissure externe, s'avancant en dedans sur la muqueuse conjonctivale ; l'autre, de plaque muqueuse très étendue de la conjonctive de la paupière inférieure droite, chez une nourrice ayant présenté un chancre induré du sein.

CHAPITRE II

Symptômes.

Avant d'aborder la série des accidents de la seconde période que nous pourrons rencontrer sur la conjonctive, il paraît tout indiqué de dire en quelques mots en quoi consiste la syphilis secondaire et ce qui la différencie de la syphilis tertiaire, dont certaines manifestations peuvent être facilement confondues avec elle, surtout quand il s'agit de celles qui, comme l'épisclérite gommeuse, se rencontrent dans cette période de transition très peu définie qui sépare l'apparition des lésions secondaires de celles des lésions tertiaires.

Il serait peut-être banal de faire un simple exposé de la syphilis secondaire, puisqu'on le trouve bien mieux développé que nous ne pourrions le faire dans les traités généraux. Nous préférons décrire un parallèle duquel ressortiront à la fois et les caractères de la syphilis secondaire et ceux de la syphilis tertiaire, en même temps qu'on y trou-

vera tous les signes distinctifs de ces deux périodes de la même diathèse.

Nous allons donc mettre en regard les principaux traits de la syphilis secondaire ou virulente et ceux de la syphilis tertiaire :

1° Les accidents qui font partie de la période secondaire ou virulente sont une conséquence fatale du chancre infectant ; sous quelque forme qu'ils se présentent, ils ne font jamais complètement défaut. — Les accidents tertiaires sont loin d'être une conséquence forcée de l'intoxication ; ils manquent souvent et ne sont un corollaire obligé ni de la syphilis primitive ni de la syphilis secondaire.

2° Les manifestations secondaires ont un début fixe, un processus déterminé, une terminaison certaine. Elles apparaissent un certain temps après le chancre et évoluent pendant une période restreinte. Après un certain nombre de poussées, elles finissent par disparaître pour toujours. — Les accidents tertiaires, au contraire, apparaissent à des époques variables et que l'on ne peut prévoir d'avance. Pas de début fixe. Très rares dans la période secondaire, on les voit naître et récidiver indéfiniment, sans régularité. On n'est jamais sûr d'en être quitte avec eux. Enfin, ils sont essentiellement insidieux.

3° Les lésions secondaires sont généralisées, diffuses et multiples ; elles suscitent quelquefois à leur début des troubles réactionnels intenses. — Les lésions tertiaires sont discrètes, isolées, solitaires ; elles peuvent survenir inopinément, sans réaction prémonitoire.

4° Les manifestations secondaires sont superficielles, apparentes. Les lésions des tissus ne sont que transitoires.

De plus, leurs caractères sont si nets, si bien définis qu'ils sont rarement la cause d'erreur de diagnostic. — Les manifestations tertiaires sont latentes ; elles altèrent profondément les parenchymes, sans que leurs lésions portent l'empreinte originelle de la diathèse. Aussi, le diagnostic est-il difficile et faut-il remonter plus haut pour découvrir les traces anciennes d'accidents plus spécifiques.

En résumé, la syphilis secondaire est le produit d'une intoxication à laquelle l'organisme est soumis pendant un temps limité. Dans la syphilis tertiaire, au contraire, il y a un véritable envahissement, une prise de possession profonde et définitive de l'organisme tout entier.

Cela dit, abordons franchement notre sujet et parlons des diverses catégories d'accidents secondaires susceptibles d'être vus sur la conjonctive. Suivant la marche ordinaire de ces genres de travaux, nous irons du simple au composé. D'ailleurs, la consultation de nos diverses observations ne nous indique la présence que de trois espèces de lésions conjonctivales : *Conjonctivite hyperémique simple et pseudo-granuleuse* (Mauthner, Lang, Berger, Goldzieher, etc.), *plaques muqueuses*, les unes nettement sur la conjonctive palpébrale ou oculaire, les autres à cheval, le plus souvent au niveau des commissures, enfin des *papules*, véritables formes de transition entre les syphilitides cutanées et muqueuses. Delà, trois paragraphes dans notre second chapitre. Chaque paragraphe sera en outre accompagné des observations qui s'y rattachent.

§ 1^{er} — CONJONCTIVITES SYPHILITIKES SECONDAIRES.

Ce sont des manifestations fort rares de la syphilis, peut-être parce que l'attention a été peu attirée de ce côté. Les auteurs français n'en ont jamais observé. Pourtant, le Dr Berger (*Maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale*, 1892) en cite une observation qui lui fut transmise par le Dr Diamantberger. Les auteurs allemands seuls (Mauthner, Lang, Goldzieher), en parlent avec quelque abondance. Ils en décrivent deux espèces : *hyperémique* avec catarrhe conjonctival intense (Mauthner, Lang, Arlt), l'autre *granuleuse*, (Goldzieher).

1° *Conjonctivite hyperémique*. — L'hyperémie de la conjonctive, la coloration rouge écarlate de cette membrane peuvent survenir, même de bonne heure, chez les syphilitiques. De même que dans l'hyperémie vulgaire de la conjonctive, il y a un développement anormal des vaisseaux masquant plus ou moins les glandes de Meibomius, et changeant la coloration habituellement rose de la conjonctive en un rouge vif irrégulièrement foncé. Dans les sinus palpébraux, le rouge paraît encore plus saturé, et, lorsque l'affection se prolonge encore, la coloration devient livide.

La muqueuse est un peu tuméfiée, mais le corps papillaire commence à devenir visible et à donner à la conjonctive, surtout sur le cartilage tarse, un aspect velouté.

L'hyperémie se propageant sur le globe oculaire, la caroncule et le pli semi-lunaire sont injectés, et le blanc

de l'œil est plus ou moins rouge par l'apparition d'un réseau vasculaire.

Il y a, en outre, comme le déclare Mauthner, « un catarrhe conjonctival qui, quelquefois, aboutit à la longue à une iritis, sans que l'on puisse affirmer avec certitude si le catarrhe est sous la dépendance directe de la syphilis ».

Cette lésion tout à fait remarquable a toujours cédé au traitement mercuriel, ce qui montre suffisamment sa nature spécifique. Aucun auteur n'a donné l'explication de ces symptômes. Dans un certain nombre de cas, il s'agit probablement de conjonctivite due aux produits toxiques de la syphilis.

OBSERVATION I

(Recueillie par M. A. Goldberg, interne au service du D^r A. Weil, à l'hôpital Rotschild, et transmise au D^r Berger par le D^r Diamantberger).

M. J..., trente ans, voyageur de commerce, entre le 25 mars 1891 à l'hôpital, pour une iritis très accentuée du côté gauche. Engorgements ganglionnaires post-cervicaux, céphalée nocturne, et localement conjonctivite très intense. Les antécédents révèlent l'existence d'un chancre induré sur le filet de la verge (il y a un an). On le soumet au traitement des frictions mercurielles et tous les accidents disparaissent. Plus aucune trace de l'iritis qui, cependant présentait un caractère de gravité exceptionnelle. Il sort le 17 juillet, guéri.

Le 5 septembre, il rentre de nouveau avec les signes d'une *conjonctivite double* des plus intenses, accompagnée de blépharospasme.

Avec un traitement local approprié (poudre de calomel, lavage

à l'eau boriquée) et surtout avec des frictions mercurielles générales, le malade se rétablit au bout de trois semaines et sort guéri.

2° *Conjonctivite pseudo-granuleuse*. — Dans la conjonctive, Goldzieher a trouvé une affection produite par la syphilis constitutionnelle, qui avait l'apparence d'une *conjonctivite granuleuse* (*Centralb. für prat. Augenh.*, 1895).

Goldzieher traite longuement ce sujet dans un article intitulé : *Sur une forme de conjonctivite granuleuse d'origine syphilitique*.

Il déclare, dès le début, que personne n'a encore décrit une infiltration diffuse inflammatoire de la conjonctive, par suite de la diathèse syphilitique, pas même Mauthner, qui, ajoute-t-il, n'a « aucune connaissance de conjonctivite syphilitique ».

Voici les deux cas qu'il cite. Après viendront les conclusions qu'il tire de leur histoire.

Premier Cas.

OBSERVATION II

Homme, trente-deux ans, employé d'administration, entre le 17 juin 1886, à l'hôpital Sainte-Elisabeth (salle de la Croix-Rouge pour une maladie de l'œil, qui dure depuis longtemps. Il affirme avoir eu la syphilis il y a six ans, et sans manifestations cutanées consécutives, déclare-t-il. Trois ans après le début de l'affection, iritis de l'œil gauche, qui récidiva plusieurs fois, si bien qu'il fallut lui pratiquer l'iridectomie. Dans la suite, il eut aussi

une inflammation de la conjonctive. Six semaines avant son admission à l'hôpital, l'œil droit devint à son tour malade. Les deux yeux ont été jusqu'ici traités par les traitements ordinairement réservés aux affections oculaires.

Etat présent. — La surface cutanée des paupières est rouge, tendue et comme transparente ; les paupières inférieures sont pour ainsi dire fondues et laissent saillir une partie du bulbe. L'œil droit pleure fortement et la fente palpébrale est plus étroite qu'à l'œil gauche. Il y a des douleurs ciliaires intenses. La conjonctive palpébrale, si bien en haut qu'en bas, est fortement épaissie et d'une coloration singulière qui peut se comparer pour le mieux, à du miel jaune pâle ou bien à du bouillon. La région correspondant au cartilage tarse aussi bien que le cul-de-sac conjonctival paraissent exsangues. Le cul-de-sac œdématisé ressort en un bourrelet couvert de granulations disposées en rangées, faisant saillie, et de couleur jaune pâle. Des granulations du même genre se rencontrent aussi sur la conjonctive du tarse de la paupière inférieure. La paupière supérieure présente dans son cul-de-sac, plusieurs grosses granulations offrant l'apparence de la gelée. La conjonctive du bulbe est modérément infiltrée, et présente une injection superficielle en même temps qu'une injection ciliaire modérée. La cornée est claire, le tissu de l'iris est coloré, et, sur le bord pupillaire, il y a quelques synéchies postérieures.

A l'œil gauche, dans l'endroit tout à fait correspondant, il n'y a que quelques granulations. Pas d'œdème de la conjonctive du bulbe, la cornée, elle aussi, est nette. Une iridectomie pratiquée antérieurement a produit un coloboma. Il y a de nombreuses synéchies postérieures. Des deux côtés, les ganglions auriculaires et cervicaux sont infiltrés.

A la suite du traitement local appliqué précédemment, l'état a empiré. Outre l'inflammation granuleuse spéciale de la conjonctive, il s'est produit une iritis des deux yeux, iritis progressive et manifestement syphilitique.

Comme traitement : frictions à la pommade mercurielle, et, localement, pommade à l'oxyde de zinc sur la face cutanée de la paupière enflammée.

Après un traitement de quatre semaines, non seulement les manifestations iritiques, mais aussi les granulations conjonctivales avaient disparu en grande partie. La conjonctive, auparavant pâle, exsangue, présente de nouveau sa vascularisation normale ; mais il y a maintenant une hyperémie et une sécrétion exagérée contre lesquelles on ordonne des instillations avec un collyre astringent. Le malade prend de l'iodure de potassium et quitte l'hôpital.

Quelque temps après, à part les traces d'iritis et un érythème persistant de la peau de la paupière du côté droit, il ne reste rien de sa maladie antérieure.

Deuxième Cas

OBSERVATION III

Homme, vingt six ans, teneur de livres, demande le 3 janvier 1887 à être admis à l'hôpital de la Croix-Rouge. Infection génitale il y a deux ans et traitement immédiat avec des onctions mercurielles.

Au mois d'août 1886, l'œil droit devint malade, et, pendant six semaines, fut touché au nitrate d'argent. Comme son état avait empiré il fut traité par un autre médecin qui lui fit des instillations d'atropine. Son état s'améliora d'une façon passagère seulement.

Etat présent. — Œil gauche normal. Les ganglions maxillaires, cervicaux et inguinaux des deux côtés sont modérément infiltrés. Dans la région inguinale gauche, on trouve une grosse cicatrice d'un bubon qui a suppuré. Le testicule gauche est grossi ; le testicule voisin est douloureux.

A l'œil droit la fente palpébrale est plus étroite que normalement. Il y a ectropion de la paupière inférieure, la peau de celle-ci est fortement tendue, brillante, comme érysipélateuse. Les larmes coulent abondamment. La conjonctive du tarse et celle du cul-de-sac de la paupière inférieure sont remarquablement tuméfiées, rouge-pâle, anémiques, d'un aspect rigide, avec des granu-

lations nombreuses, grosses, placées en rangées et ayant l'apparence de la gelée. La conjonctive du bulbe est modérément injectée et un peu œdémateuse.

La partie inférieure de la cornée est normale, mais, dans le centre, il y a une altération parenchymateuse (manque de transparence) qui augmente de plus en plus vers le bord inférieur de la cornée, si bien qu'en bas, cette membrane est atteinte dans toute son épaisseur, et montre un lacs de vaisseaux superficiels et profonds.

L'iris est hyperémié et changé de couleur ; la pupille est ronde et se dilate à peine par l'atropine. La tension du globe oculaire est diminuée ; il n'y a aucune douleur.

Le traitement consiste en onctions mercurielles, instillations d'atropine et applications de poudre d'iodoforme sur la cornée.

Après avoir employé 60 grammes d'onguent gris en frictions, le malade quitte l'hôpital. Les granulations de la conjonctive ont alors complètement disparu. La conjonctive présente un aspect normal, vascularisation normale aussi. La cornée est redevenue transparente en grande partie. La pupille se dilate moyennement sous l'action de l'atropine ; la tension de l'œil est normale.

Le malade prend de l'iodure de potassium et vient chaque jour se faire insuffler dans l'œil de la poudre d'iodoforme. Les granulations ne reparaissent plus. La kératite fait cependant encore quelques poussées. Depuis longtemps la guérison est complète, et, à l'exception de quelques altérations légères de la cornée, on ne voit aujourd'hui plus rien d'anormal.

L'histoire de ces deux malades donne lieu aux conclusions suivantes :

Chez deux individus qui depuis longtemps avaient contracté la syphilis, une affection toute particulière s'est montrée. D'abord infiltration diffuse du tissu muqueux, à la suite de laquelle la muqueuse a pris un ton pâle et exsangue, puis une foule énorme de vrais grains trachoma-

teux ressemblant à des granulations. Les paupières, dans les deux cas (surtout la paupière inférieure) sont totalement épaissies, et il y a présence simultanée de manifestations qui dérivent dans leur essence d'une syphilis constitutionnelle. Dans le premier cas, il y a une iritis subaiguë des deux côtés; dans le deuxième cas, inflammation parenchymateuse de la cornée, vraisemblablement accompagnée d'une inflammation latente du tractus uvéal. Dans les deux, il y a aussi tuméfaction des ganglions lymphatiques. Il est bon de noter, dans le deuxième cas, l'adénopathie caractéristique et l'inflammation des testicules. Après une médication au mercure, appliquée systématiquement, l'état grave des globes oculaires a disparu; de plus, la conjonctive est redevenue normale sans qu'elle ait subi un traitement local. Bien plus la médication locale n'a fait qu'augmenter le mal, tandis que la médication générale a produit une guérison parfaite.

Maintenant il reste à éclaircir le point important de l'anatomie pathologique. Comment expliquer la tuméfaction des follicules de la conjonctive sous l'influence de la syphilis?

Magni (*Schmidt's Jahrb* 1864, Nr. 123) croit que la tuméfaction des follicules conjonctivaux est de nature gommeuse. En outre, dans un cas de tarsitis syphilitique observé par Fuchs dans la clinique de Arlt (*Klin. Monastbl.*, 1878. Augustheft) la conjonctive présentait, à certains endroits, des saillies peu élevées et pâles, ayant l'aspect lardacé. Mêmes remarques faites par Bull (*New York med. Jour.*, § 272. Citirt nach Hans Mittasch) qui, en même temps qu'une tarsitis syphilitique, constate sur la conjonctive de nombreuses et rudes granulations.

« Au point de vue anatomo-pathologique, la conjonctivite granuleuse spécifique, dit Goldzieher, n'est pas une forme anormale et ne doit pas nous étonner, puisque, comme on le sait, la couche adénoïde, qui existe entre l'épithélium conjonctival et le tarse, ne paraît pas être, au point de vue histologique, autre chose qu'un ganglion lymphatique étalé en surface. Dans cette couche adénoïde, on peut d'ailleurs normalement admettre des follicules lymphatiques; et cela d'après des recherches très sérieuses d'anatomie pathologique et comparée. On ne peut donc s'étonner en aucune façon si la syphilis, qui tuméfie les ganglions lymphatiques, tuméfie aussi dans la conjonctive, la couche sous-muqueuse des cellules lymphatiques. »

Pour ceux donc qui regardent les amas de leucocytes de la conjonctive comme des follicules lymphatiques, les granulations dont il s'agit ici sont des tuméfactions des glandes lymphatiques analogues aux bubons indolents, et la conjonctivite granuleuse spécifique ne doit pas paraître une manifestation bizarre.

Il est regrettable que dans les observations publiées, l'état général des malades n'ait pas été noté. Peut-être existait-il ou avait-il existé un envahissement interne du système lymphatique ?

Nous pensons qu'à l'avenir tout ophtalmologiste ou syphiligraphe doit rechercher cette forme de conjonctivite pseudo-granuleuse; à côté du vrai trachome à parasite spécifique, on doit ranger des conjonctivites pseudo-granuleuses déterminées par des agents divers et multiples.

§ 2. — PAPULES SECONDAIRES DE LA CONJONCTIVE

Rien de plus remarquable que de voir l'accord existant entre tous les auteurs pour proclamer la rareté extrême de cette forme papuleuse de la syphilis conjonctivale; et pourtant, si un chercheur patient se donne bien la peine de consulter, de fouiller les différentes littératures médicales, il est tout étonné du nombre relativement considérables d'observations qu'il y trouve consignées. Nous ne voulons cependant pas prétendre que ce soit une affection commune, mais nous ne voulons pas croire non plus aux auteurs qui, comme Gutmann en font une manifestation excessivement rare. Gutmann, en effet, prétend (*Médecine moderne*, juin 1885) qu'on en connaît seulement trois cas dans les recueils.

Nous aimons donc mieux croire à l'inobservation, qu'à la non-existence de ces éruptions, et nous ne développerons pas ici une proposition dont tout ce travail ne sera que la démonstration. « S'il est vrai que la conjonctive, dit le Dr Savy (thèse de Paris, 1876) peut être le siège de vésicules, de pustules, de squames sous l'influence de l'herpétisme, pourquoi ces éléments, quand ils sont sous la dépendance de la syphilis, ne s'y pourraient-ils pas développer? »

Il peut donc se produire sur la conjonctive, sous l'influence de la syphilis, de petites saillies papuleuses; mais leur siège, leur forme, leur aspect extérieur, leur coloration, enfin les réactions qu'elles produisent du côté de la conjonctive et du globe oculaire, variant suivant les cas,

il importe pour se faire une idée plus nette de ces lésions, de passer successivement en revue les différents points de vue sous lesquels on peut les étudier.

Forme et aspect extérieur. — Ces papules sont constituées par la conjonctive elle-même tuméfiée, épaissie et surélevée. Ordinairement ce sont des tumeurs inégales, d'aspect bosselé et semblant composées par la juxtaposition de petites élévations disposées par amas formant des sortes de petits lobules. Elles n'ont pas de tendance à l'ulcération comme les syphilides du bord palpébral. Leur forme est le plus souvent ovalaire, leurs dimensions plus ou moins étendues et leurs bords escarpés. Elles ont une consistance ferme, rénitente, plastique et se laissent quelque peu déprimer. Elles respectent presque toujours la cornée et il est remarquable de voir celles qui bordent le limbe cornéen s'arrondir à ce niveau et prendre la forme de croissant. Enfin il est un signe qui leur est propre et qui les distingue des autres tumeurs d'origine scléroticale (épiscélrite), c'est qu'elles se *mouvent et se déplacent avec la conjonctive*.

Coloration. — Excessivement variable. Tantôt teinte cuivrée due non pas à l'état de la circulation, mais à la maculation syphilitique même ; tantôt il s'agit d'une couleur gris rougeâtre, rouge jaunâtre, brun rougeâtre, ou bien encore rouge vif, jaune rosé, rouge fauve, jaune orangé, gris bleuâtre, etc.

Réaction du côté de la conjonctive et du globe oculaire. — Il n'y a presque toujours pas de douleur ; le malade n'éprouve qu'une simple sensation incommode de corps étranger. La vascularisation de la conjonctive est bien souvent normale ; mais il peut aussi y avoir une

légère injection conjonctivale, et même un réseau vasculaire abondant sur la tumeur et autour d'elle. Dans ce cas-là, la conjonctive est rouge et sa couche superficielle est injectée de nombreux petits vaisseaux. En outre, il peut y avoir soit une tuméfaction superficielle de la conjonctive et du tissu sous-jacent, soit une infiltration générale de toute la paupière, qui est boursouflée et saillante, en même temps que le cul-de-sac est rouge et infiltré. Enfin, cet état local ne s'accompagne ordinairement pas d'écoulement morbide, pas même de sécrétion conjonctivale ; mais il se rencontre aussi des cas où il y a du larmolement, une sécrétion muqueuse importante et même issue de muco-pus à travers la fente palpébrale.

Ce que nous venons de décrire est la papule conjonctivale ordinaire, véritable néoplasie spécifique, mais cette tumeur peut affecter la forme tuberculeuse décrite par Savy. Il s'agit alors de petites élevures de la grosseur d'une demi-tête à une tête d'épingle au plus, et coïncidant avec une éruption analogue du côté de la surface cutanée. Les papules conjonctivales peuvent aussi devenir pustuleuses, rester dans cet état, ou bien s'ulcérer et suppurer. Cela complète l'analogie dont nous venons de parler, et l'on aurait ainsi, à la surface de la conjonctive, de véritables syphilides pustuleuses et ulcéreuses, correspondant aux syphilides pustuleuses et ulcéreuses de la peau. Ici toutefois, l'analogie en question nous paraît quelque peu forcée. La transformation purulente des papules conjonctivales, en effet, doit être excessivement rare, car des auteurs très experts disent ne l'avoir jamais observée, d'autres la nient complètement. Aussi ne faut-il pas rapporter l'aspect jaunâtre que prennent parfois ces boutons,

à une certaine époque de la maladie, à une collection de pus dans leur épaisseur ; souvent on a pu se convaincre par des incisions, qu'ils étaient composés de masses solides.

En même temps que ces tumeurs paraissent sur la conjonctive, il y a presque toujours sur la face une éruption spécifique intense de même nature et localisée surtout au front et au menton, avec envahissement de tous les ganglions des régions pré-auriculaire, rétro-maxillaire et cervicale.

Siège. — C'est la conjonctive bulbaire qui est le siège le plus ordinaire des papules syphilitiques. On n'en trouve que très rarement sur la conjonctive palpébrale et sur celle du cul-de-sac.

Mais ces papules, et le fait n'est pas rare, peuvent avoir une situation intermédiaire, et se trouver à cheval sur le rebord palpébral, empiétant d'un côté sur la muqueuse conjonctivale, et de l'autre sur la peau des paupières. Les commissures en sont le siège le plus ordinaire. Habituellement érosives en dedans, elles sont croûteuses en dehors et forment de petites rhagades dans leur partie moyenne. Ces lésions deviennent parfois végétantes, hypertrophiques. Quelques-unes, sur la partie médiane du bord libre, simulent l'orgeolet à sa période de début ; elles sont cependant moins limitées et présentent une teinte qui les fera toujours reconnaître. Ce sont là des formes de transition entre les syphilides cutanées et les syphilides muqueuses.

Voilà maintenant traitées ces papules conjonctivales, qu'autrefois on appelait condylomes, que certains auteurs ont décrites sous les noms de tubercules, des végétations

vasculaires, de vésicules, de pustules, etc. Les observations qui vont suivre ne feront que confirmer ce que nous avons déjà avancé.

OBSERVATION IV

Tirée de M. A. Smee, *London medical Gazette*, 1844, et reproduite par la *Gazette médicale de Paris*, 1845.

Une respectable femme mariée vint se faire traiter pour un petit ulcère qui existait à l'angle des paupières. Smee reconnut de suite le caractère spécifique et apprit que le mari et la femme avaient été atteints de la syphilis depuis deux ou trois ans. Il la soumit au traitement par le tartre stibié, et l'ulcération guérit bientôt. A cette époque, il y avait sur la peau de nombreuses taches cuivrées.

Peu de temps après, en examinant la conjonctive, M. Smee trouva sur cette membrane, au dessous de la cornée, une tache un peu moins grande qu'une pièce d'un penny. Elle paraissait être constituée par la conjonctive elle-même tuméfiée dans ce point. En effet sa surface semblait évidemment être élevée à cet endroit, et sa coloration y était changée, de telle sorte qu'elle offrait une teinte cuivrée analogue, quoique beaucoup moins foncée, à celle des taches de la peau. Cette partie de la conjonctive n'était pas absolument opaque, mais demi-transparente ; elle donnait l'idée que la membrane avait là augmenté de volume, et avait été teinte d'une couleur de cuivre. Elle ne présentait aucune vascularité anormale ; à peine eût-on pu affirmer qu'il existât là un seul vaisseau de plus. La teinte cuivrée ne tenait donc pas à l'état de la circulation, mais à la maculation syphilitique même, phénomène inconnu jusqu'ici.

OBSERVATION V

Syphilides tuberculeuses (Desmarres père, 1855).

Homme, ancien valet de chambre du duc de Montpensier, vint d'Espagne à Paris pour consulter Desmarres. Iritis double intense, surtout du côté gauche. La pupille ne tarda pas à se fermer, et sur l'iris il y eut production de tumeurs décrites sous le nom de condylomes. L'une d'elles, plus volumineuse que les autres, placée au côté externe, vint faire saillie sous la conjonctive à travers la sclérotique. En même temps, de tous les côtés sous la conjonctive, s'élevèrent de petites tumeurs indolentes, très dures, oblongues, exactement semblables à des tubercules syphilitiques dont, pendant que ceci se passait du côté de l'appareil oculaire, les téguments du corps se couvrirent également. La peau des paupières en était à la lettre criblée.

Epuisement complet du malade, aussi jugea-t-on, pour le moment, dangereux de recourir à un traitement spécifique; le malade niait d'ailleurs énergiquement tout accident primitif.

Le malade partit, mais fut traité ensuite par le Dr Boinet. On le soumit à un traitement spécifique, et il finit par guérir complètement, l'œil gauche pourtant demeura entièrement perdu. Ici, le succès obtenu par la médication antisiphilitique fut une preuve que, malgré les dénégations du sujet, on avait affaire à une syphilide tuberculeuse de la conjonctive.

OBSERVATION VI

Papule bulbaire (John France, *Guy's hosp. rep.*, 1861).

Jeune femme, entre à Guy's hospital, en 1844. Pas de doute sur la nature spécifique de l'affection qui céda devant le traitement syphilitique. [La lésion, de forme papuleuse, occupe une

grande partie de la portion inférieure de la conjonctive bulbaire droite. L'œil gauche est sain.

OBSERVATION VII (Ibid.)

Papules bulbaires.

Homme. L'œil droit présente deux papules muqueuses en dehors et une plus large en dedans du pourtour du limbe cornéen. Cette dernière est étendue verticalement. Couleur jaune gris de ces papules.

OBSERVATION VIII (Ibid.).

Papules pustuleuses dans un cas de syphilis héréditaire.

William F., trois ans, admis comme malade en février 1860. La mère déclare qu'il a toujours été très délicat, et que, environ trois semaines après sa naissance, il avait été couvert d'une éruption que le médecin qualifia de spécifique. Cette éruption disparut après un mois de traitement. La mère dit aussi que, peu de temps après l'éruption, son enfant souffrit d'une photophobie intense, accompagnée d'un écoulement sanguin-purulent des deux yeux. Un mois après les yeux allèrent mieux et furent bientôt guéris.

Huit mois après, le corps tout entier, y compris les membres et la face, fut envahi par une éruption; la mère le mena à Skin disease Hospital, où l'on confirma à nouveau la nature spécifique de l'éruption. Son traitement dura six mois, et, au bout de ce temps, l'enfant fut de nouveau guéri. Le petit malade fut en dernier lieu amené à Guy's hospital, dans le service de M. John France, avec une affection des deux yeux que la mère affirma exister depuis l'âge de vingt-huit mois. C'était une décoloration partielle et nettement limitée, en même temps qu'un épaissement

de la conjonctive de chaque côté. L'œil gauche était atteint sur une plus grande étendue, mais l'œil droit montrait mieux le changement de coloration, vu le contraste apporté par la partie saine de la membrane. La teinte de la partie décolorée était légèrement cuivrée. Pas d'autres symptômes à cette époque. Sous l'influence de petites doses de mercure et d'iodure de potassium, les papules conjonctivales rétrocedèrent lentement et progressivement; et elles avaient presque disparu quand la mère, satisfaite de l'état de son enfant, le retira de l'hôpital.

OBSERVATION IX

(Thèse du Dr Savy, 1876).

Papule bulbaire.

B... Marie, entrée le 27 avril à Lourcine, service de M. Fournier (salle Saint-Alexis, numéro 27).

Se dit malade depuis six mois, a eu, dit-elle, des plaques muqueuses qui furent cautérisées il y a quatre mois à Saint-Louis, et a perdu ses cheveux. Sur la face, syphilide papuleuse et papulo-squameuse, confluyente, beaucoup plus discrète sur le corps où on ne la rencontre qu'au niveau des plis articulaires. Paupières rouges, espace intersourcilier couvert de grosses papules. Cils tombés; les papules s'avancent jusque sur la face antérieure des paupières. Si l'on entr'ouvre ces voiles, on voit manifestement sur la conjonctive bulbaire une papule cuivrée caractéristique. Elle siège sur l'œil droit, à la partie supérieure et à 3 millimètres au-dessus du limbe cornéen. Sa forme est absolument circulaire et son diamètre d'1/2 centimètre environ. Plaquée sur la membrane conjonctivale, faisant une saillie assez prononcée, elle représente bien la forme d'une pastille, si caractéristique des éruptions syphilitiques. Tout autour on voit une congestion assez marquée de la conjonctive.

Sur la face externe de la jambe gauche, trois nodosités douloureuses et assez mobiles, sur une ligne verticale tirée suivant le

péroné. Trois autres sur la crête tibiale. Cinq de même nature sur la jambe droite. Ces tubercules paraissant siéger dans le tissu cellulaire sont de grosseur variable, mobiles, légèrement douloureux au toucher. Pas de pléiade inguinale, pas de troubles généraux, pas de souffle anémique.

Traitement : Frictions mercurielles, 6 grammes par jour. Au bout de trois semaines, il ne reste plus que quelques macules faciales. L'œil est guéri.

De nouvelles poussées se produisent et des accidents plus profonds survinrent quelque temps après : céphalalgie, troubles circulatoires, perte de l'appétit. Le protoiodure en eut parfaitement raison, et le 27 octobre, Marie B... quittait l'hôpital à peu près guérie.

OBSERVATION X (Ibid.)

(Due à M. Jullien, qui la tient de M. Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi).

Palpule palpébrale.

Malade soigné à l'hôpital pour une syphilis se manifestant par une roséole généralisée et des plaques muqueuses buccales. En outre, papule située sur la face interne de la paupière gauche, entre la partie médiane et la commissure externe. Elle s'étendait jusqu'au bord libre où elle faisait une légère saillie. Elle présentait un aspect végétant; et, au bout de quelques jours avait disparu.

OBSERVATION XI

(Sichel, *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 1880.)

Syphilide papulo-ulcéreuse bulbaire.

Alfred G..., vingt-huit ans, se plaint de démangeaisons assez vives vers le grand angle de l'œil droit, ainsi que d'une sensa-

tion analogue à celle que produirait un corps étranger. Ni photophobie, ni douleurs périorbitaires. Cependant l'œil est à demi fermé. En écartant les paupières droites, on constate une légère injection conjonctivale, assez bien limitée à la région du grand angle. La rougeur occasionnée par cette injection est en somme de moyenne intensité. La teinte du reste de la conjonctive diffère peu de celle de l'œil gauche.

Au centre de la partie hyperémiée on remarque une petite tumeur de forme ovale, de la grosseur d'un grain de blé, de couleur rouge jaunâtre, ressemblant quelque peu, soit à une grosse phlyctène en voie de développement, soit à la transformation fibreuse localisée et circonscrite de la conjonctive, connue sous le nom de pinguécula. La consistance de la petite tumeur est du reste assez ferme, mais son élévation au-dessus des parties voisines peu accusée. Pas de sécrétion conjonctivale. On prescrit quelques insufflations de calomel en poudre.

Le malade se représente le 4 octobre. Les symptômes se sont peu modifiés. Les caractères objectifs seuls se sont quelque peu accentués par suite d'un léger accroissement de la petite tumeur. Soupçonnant une brûlure, on questionne le malade qui répond négativement et affirme n'avoir été victime d'aucun traumatisme.

Le 10 octobre, la tumeur a doublé de volume; elle est maintenant très nettement aplatie et ovale. Son grand diamètre dirigé transversalement mesure 13 millimètres; son petit diamètre vertical 6 mm. 1/2. Elle siège exactement dans le quart interne et inférieur de l'hémisphère antérieur du globe, entre les insertions des muscles droit interne et droit inférieur. Elle est contiguë à la cornée, au limbe de laquelle elle s'arrête, sans empiéter en quoi que ce soit sur celui-ci.

La tumeur présente maintenant la forme d'un fer à cheval, à concavité tournée vers la cornée. Bien qu'aplatie elle fait un léger relief au-dessus des parties voisines. Sa surface est excoriée, quelque peu creusée d'une légère dépression, renfermant un peu de muco-pus grisâtre, pultacé. La tumeur, légèrement rénitente, élastique, s'efface en partie sous la pression du doigt.

Un examen plus minutieux et l'éclairage oblique montrent une

tumeur inégale, d'aspect bosselé, semblant composée de la juxtaposition de petites élévations disposées par un amas formant des sortes de petits lobules. La tumeur et son voisinage immédiat sont pourvus d'un réseau vasculaire abondant. Pas trace de sécrétion conjonctivale. Douleur nulle, simple sensation incommode, analogue à celle produite par un corps étranger roulant entre les paupières.

Après élimination de toutes les affections pouvant produire une lésion analogue, on porta le diagnostic de : *Syphilide papulo-ulcéreuse de la conjonctive bulbaire de l'œil droit.*

L'examen complet du malade fait constater une éruption confluente de siphilides papuleuses et papulo-squameuses sur le bras, le tronc, les épaules et le cou du malade. Quelques papules peu apparentes au menton. Pas de démangeaisons. Rien dans l'arrière-gorge, ni dans la bouche, ni sur la langue. Par contre, stigmates évidents de syphilose sur les organes génitaux. En effet, à la base du gland, en arrière de la couronne, cicatrice élevée quelque peu au-dessus de la muqueuse, présentant une induration cartilagineuse, ligneuse même caractéristique. Pléiade ganglionnaire dans l'aîne droite. L'ulcère a peu inquiété le malade qui s'est traité lui-même avec un peu de poudre de calomel. Cicatrisation au bout de quatorze jours. L'apparition du chancre eut lieu quinze ou vingt jours après les derniers rapports sexuels. En outre, volumineux ganglions sous-occipitaux indolents. C'est donc un cas de syphilis secondaire, et dès lors le diagnostic de l'affection oculaire est justifié. Le diagnostic était rendu plus difficile par l'absence d'éruption à la face.

Traitement avec onguent napolitain : 2 grammes matin et soir, et, à l'intérieur, chlorate de potasse.

Le malade se représente le 18 octobre. Peu de modifications dans les symptômes locaux, si ce n'est l'éruption du visage qui s'est quelque peu accentuée.

Le 22 octobre, l'affection oculaire rétrocede, mais l'éruption au visage augmente. Le malade qui est, par sa position sociale, en rapport journalier avec le public, demande à consulter M. Ricord, qui confirme le diagnostic, et, vu le dégoût du malade pour l'on-

guent napolitain, le remplace par les pillules de protoiodure de mercure de sa formule. Il ordonne des fumigations de cinabre contre l'éruption cutanée.

Le 26 octobre, l'éruption du visage et du menton a pâli. La tumeur conjonctivale s'est affaissée et ne forme qu'un très léger relief. Les dimensions ont diminué : diamètre transverse = 7 millimètres, et vertical = 2 mm. 1/2. La teinte est aussi modifiée, de rougeâtre qu'elle était au début, elle est maintenant jaunâtre, faisant à peine relief. Comme il y a des troubles de la digestion et un liseré des gencives, on remplace le mercure par 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Le 14 novembre, teinte jaune roussâtre de la conjonctive dans le point où existait la palpule ulcérée. Mais la roséole a quelque peu reparu au visage et à la houppe du menton. De plus, légère érosion à la commissure gauche des lèvres.

Le 22 novembre, plus trace d'affection conjonctivale. La muqueuse est normale ; mais l'érosion de la commissure labiale est accentuée et présente les caractères précis d'une syphilide ulcéreuse. En outre, on constate des plaques agglomérées sur l'amygdale droite et une isolée sur la luette. En présence de cette recrudescence des accidents généraux, on donne à nouveau des pilules de protoiodure de mercure.

Le 14 décembre, dernière visite du malade. Conjonctive absolument normale. L'œil le plus exercé ne peut soupçonner qu'il a existé là une lésion aussi intense de la muqueuse. Pourtant les accidents secondaires généraux continuent à évoluer régulièrement. Depuis quatre jours, plaques muqueuses très douloureuses à l'anus. On remet le malade aux mains d'un spécialiste.

OBSERVATION XII

(Décrite par M. Dor, *Annales de dermatologie*, 1881.)

*Papules syphilitiques de la conjonctive palpébrale
et bulbaire.*

M^{me} X..., quarante ans, se présente à la clinique le 20 janvier

1881. Figure parsemée de taches cuivrées. La malade avoue avoir eu, il y a quelques mois, l'accident primitif et toutes ses conséquences.

A première vue, les paupières de l'œil droit paraissent affectées de quatre chalazions, mais un examen plus exact fait reconnaître que la tuméfaction est superficielle, limitée à la conjonctive et au tissu sous-jacent, et ne pénètre pas jusqu'au cartilage tarse. Deux de ces tumeurs, longues de 7 à 8 millimètres, larges de 3 à 4, et en relief d'environ 1 millimètre, se trouvent sur le bord de la paupière inférieure, séparées par un espace d'environ 3 millimètres.

Les parties affectées sont d'un rouge vif, la paupière légèrement en ectropion à leur niveau, le reste de la conjonctive est également enflammé, probablement à cause du séjour trop prolongé des larmes occasionné par cet ectropion partiel. La sécrétion est celle d'une conjonctivite simple, il n'existe aucune excavation ni ulcération au niveau des papules.

Deux petites tumeurs pareilles siègent sur la conjonctive de la paupière supérieure, dont l'une, au voisinage immédiat du point lacrymal, a tout à fait l'apparence d'un chalazion; une seconde qui n'est visible que lorsqu'on retourne la paupière, ressemble aux papules de la paupière inférieure.

Dans l'œil gauche, les paupières et la conjonctive palpébrale sont intactes, mais en soulevant la paupière supérieure, on aperçoit, au-dessus du grand angle de l'œil, à 5 ou 6 millimètres au bord de la cornée, entre l'insertion du droit interne et du droit supérieur, dans la conjonctive bulbaire, deux petites tumeurs, l'une inférieure, ovale, longue d'1 millimètre, large de 6 à 7 millimètres, et proéminent d'1 millimètre environ; l'autre supérieure, plus petite, un peu en dehors et en haut de la première, arrondie, d'un diamètre de 2 à 4 millimètres, et haute également d'1 millimètre, semblable à une grosse granulation aplatie. Ces deux tumeurs sont constituées par un tissu résistant, lardacé, d'un jaune rosé, et recouvertes de nombreux vaisseaux très injectés. L'apparence est bien différente de celle des tumeurs des paupières de l'œil droit; toutefois en présence des nombreuses papules ré-

pandues sur le corps, on n'hésite pas à considérer ces différentes tumeurs comme identiques, et la variété de leur aspect doit tenir à la différence anatomique qui existe entre la conjonctive palpébrale et bulbaire.

Le traitement (attouchement avec le sulfate de cuivre en substance et l'usage à l'intérieur de l'iodure de potassium) a déjà amené une amélioration notable, et suffira pour obtenir la guérison de l'affection oculaire.

OBSERVATION XIII

Frapeznikoff (Vratch 1891-35).

Papule bulbaire ulcérée.

Soldat, vingt et un ans, marié, entre à l'hôpital, se plaignant de larmolement et de rougeur de l'œil droit. La paupière supérieure est abaissée et ne se relève pas ; la fente palpébrale est plus étroite que celle du côté opposé. La conjonctive des deux paupières est rouge, congestionnée, veloutée, et sécrète un muco-pus. Autour de la cornée, infiltration prononcée.

Dans l'angle intéro-inférieur de l'œil droit, à 2 millimètres du bord de la cornée, ulcération allongée, à grand diamètre horizontal, dont les bords s'élèvent au-dessus de la conjonctive du voisinage. Cette ulcération est un peu creusée, et le fond est recouvert d'un enduit blanchâtre. On arrive à voir le bord inférieur de l'ulcération en attirant en bas la paupière inférieure, l'œil regardant en haut. La cornée n'est pas altérée.

A douze ans, ce soldat a eu une éruption indolore sur tout le corps, avec engorgement simultané des glandes axillaires et cervicales et douleur à la gorge. Cette éruption a disparu après un traitement spécifique.

OBSERVATION XIV

(Cas observé par M. le Dr Jullien, à Saint-Louis,
dans le service de M. Lallier).

Papulo-pustules conjonctivales.

Le malade présente sur la face conjonctivale de la paupière supérieure gauche un groupe de trois ou quatre papules à base large, proéminentes, d'un rouge groseille foncé. Chacune mesurait, en moyenne, 1/2 centimètre de diamètre. Leurs sommets se terminaient par trois points blancs d'aspect purulent. Cette éruption muqueuse était d'une ressemblance frappante avec celle que le malade portait sur le front. Un peu au-dessous des sourcils s'étaient, en effet, quelques gros éléments quasi-tuberculeux portant tous à leur centre une petite collection purulente recouverte d'une croûte.

OBSERVATION XV

(Terson, *Gaz. méd. de Paris*, 1894).

Malade présenté à la Société française de Syphiligraphie,
Séance du 14 décembre 1893.

Papule bulbair.

Emile B..., trente et un ans, laveur de machines. Entré le 25 novembre 1893, salle Saint-Louis, n° 27. Bonne santé générale, pas de maladies antérieures du côté des yeux.

Chancre induré balano-préputial, à tendance phagédénique, ayant débuté au commencement d'octobre. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, début d'une éruption papuleuse intense, existant encore au front, au cuir chevelu, sur la poitrine. Dès la réception du malade, douleur sourde dans l'œil droit. En deux ou

trois jours, vision obscurcie, et impossibilité de reconnaître une personne à 1 mètre de distance.

Paupière un peu gonflée, conjonctive rouge. Deux ou trois jours après la conjonctive de l'œil *gauche* a également rougi, mais la vision est normale de ce côté.

Œil droit : pupille rétrécie, mobile. A l'éclairage oblique, on voit, sur la capsule du cristallin, un exsudat plastique résultant d'une iritis. Le cul-de-sac inférieur et la conjonctive bulbaire sont œdématiés, avec coloration rougeâtre plus marquée sur certains points. Une éruption conjonctivale a certainement coexisté avec l'iritis. Cette éruption est ici à peu près terminée, mais l'autre œil en est atteint et l'offre à sa période d'état.

Œil gauche : pupille mobile, vision normale. Les paupières sont moins gonflées que du côté opposé, et le malade ouvre facilement l'œil. Quand on l'engage à regarder fortement en haut et en dedans, on voit une large saillie bien régulière d'1 centimètre de diamètre, d'une coloration rouge cuivrée, bien distincte, comme couleur, de la vascularisation générale de la conjonctive, située en dehors et en bas, sur la conjonctive bulbaire, au point où elle rejoint le cul-de-sac inférieur. En dedans et en bas, il reste une tache rouge jaunâtre, sans saillie, reste évident d'une production régressive semblable à la précédente. Le cul-de-sac inférieur est rouge et notablement infiltré, mais la coloration est assez uniforme. La saillie signalée se laisse un peu déprimer, elle se meut et se déplace avec la conjonctive.

Le 13 décembre, la teinte de la conjonctive s'est régularisée : il y a une vascularisation un peu exagérée au niveau du limbe et dans le cul-de-sac inférieur.

A gauche, il ne reste qu'une petite tache roussâtre, bien plus vascularisée, sur la conjonctive bulbaire inféro-externe. A part un peu d'œdème du cul-de-sac inférieur, tout le reste a disparu, sans ulcération ni cicatrice.

La semaine suivante, on ne se serait même plus douté d'une éruption conjonctivale quelconque.

OBSERVATION XVI

(Herter, *Klinische monatsblätter für augenheilkunde*,
juin 1894, p. 200.)

Papule muqueuse syphilitique de la conjonctive bulbaire.

H. L..., vingt-huit ans. Bonne santé antérieure, s'est infecté à la fin de septembre 1893. Le chancre préputial a guéri rapidement par un traitement spécifique. Néanmoins, au commencement de janvier, il se produisait sur tout le corps une éruption de larges papules. Cette manifestation nouvelle fut traitée par des injections profondes de salicylate de mercure d'1 gramme chacune.

Le 25 janvier, le malade ressentit une tension dans l'œil gauche, puis, dans la suite, photophobie et forte rougeur de la conjonctive. Malgré un traitement intensif, comme l'emploient les médecins militaires, il vit survenir un catarrhe conjonctival intense, accompagné de quelques petites hémorragies sous-conjonctivales. Dès le 2 février il eut de la conjonctivite bulbaire.

Le 5 février on relève l'état suivant dans le Lazaret. Homme très fort, frais de visage; bon état général. A gauche du frein, derrière le sillon balano-préputial, sur le feuillet interne du prépuce, on constate une cicatrice indurée de la grosseur d'un pois. Les glandes inguinales sont tuméfiées et indolentes; la partie supérieure de la cuisse et le tronc sont semés de plaques rouge brun, larges comme une pièce d'1 pfennig. A droite, sur l'arc glosso-palatin, il y a une plaque muqueuse qui est jaune gris et de la largeur d'un haricot. La conjonctive palpébrale de l'œil gauche est fortement rougie; le corps papillaire est tuméfié. Profondément, sur le bord supérieur de la cornée, se trouve, plaquée sur la muqueuse, une élevation fortement injectée par les vaisseaux conjonctivaux voisins, ovale, large de 2 centimètres et haute d'1 centimètre. La surface de la papule dépasse d'1 millimètre et demi le plan conjonctival. Les bords sont escarpés, le limbe cornéen est

légèrement envahi sans que la cornée elle-même soit touchée. La couleur de cette formation est rouge gris, et ne perd que fort peu du ton gris, quand on balaie avec un pinceau les détritux humides qui sont à la surface. Dans la couche superficielle, de nombreux petits vaisseaux circulent, sur lesquels se sont formées des hémorragies grosses comme la tête d'une épingle. La consistance de la petite tumeur est ferme et solide.

Il se présente une formation tout à fait semblable sur le bord inférieur et extérieur de la cornée du même œil. Cette nouvelle formation, grosse comme une lentille et un peu plus molle que celle qui a été décrite précédemment, s'arrête juste au bord du limbe cornéen. Ces deux productions se limitent sur la conjonctive du bulbe et n'empiètent pas sur le cul-de-sac. Les endroits correspondants de la conjonctive palpébrale n'offrent rien de particulier. Il y a une sécrétion muqueuse importante, et en plus un état d'inflammation insignifiant. La cornée, l'iris, etc., sont intacts. L'œil droit est normal.

On diagnostique : *papules muqueuses* de la conjonctive, et, le même jour, on commence à employer 5 grammes d'onguent gris en frictions. Le traitement eut un succès remarquable. Environ cinq jours après, les productions avaient déjà énormément diminué, et cette marche vers la guérison fit de si rapides progrès qu'au huitième jour de la médication les plus petites papules avaient disparu. Au quinzième jour, les plus grosses étaient également parties, sans laisser d'ulcération. On avait employé 65 grammes d'onguent gris. A leur place il ne restait qu'une légère injection des vaisseaux. Pendant ce temps, les autres manifestations s'étaient atténuées, de même que le catarrhe qui les accompagnait.

OBSERVATION XVII

(De Rothschild, *Revue générale d'ophtalmologie*, mars 1895.)

Syphilide papuleuse de la conjonctive près du bord de la cornée, par H. de Rothschild, externe des hôpitaux de Paris.

Femme, vingt-six ans, bonne santé, devenue syphilitique au commencement de 1893. Pas de traitement jusqu'au mois de mars, époque à laquelle elle présenta une éruption papulo-squameuse sur la plus grande partie du corps. Une cure de pilules mercurielles et de bains de sublimé ne produisant pas d'amélioration, la malade entra à l'hôpital Broca, où elle fut d'abord soumise à un traitement par le protoiodure de mercure pendant trois semaines, sans effets sur la maladie cutanée. On prescrivit alors des pilules de phénate de mercure, et les syphilides, dont le corps était couvert, se transformèrent en ce sens que les squames disparaissaient, laissant des plaques rouges irrégulièrement rondes, variant de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs. C'est alors que, vers le milieu de septembre, la malade se plaignit de son œil droit; elle y éprouva une grande gêne, du larmoiement, mais peu de douleur. A l'examen on constata un léger catarrhe de la muqueuse palpébrale, et près du bord externe de la cornée, dans la conjonctive, une grosseur de couleur gris rougeâtre d'à peu près 2 centimètres de longueur, sur 1 cm. 1/2 de hauteur, à bords escarpés et présentant une surface irrégulière, légèrement bosselée. Cette grosseur était couverte de nombreux petits vaisseaux, et entourée en haut et en bas de quelques gros vaisseaux conjonctivaux qui se dirigeaient vers l'angle externe de l'œil et s'y perdaient dans le cul-de-sac. Ajoutons tout de suite qu'un peu plus tard il s'est formé un second bouton, absolument pareil, au bord supéro-interne de la cornée, séparé du premier par une conjonctive, tout à fait saine. Les deux boutons, dont la

consistance était assez ferme, s'étaient d'abord arrêtés au limbe, mais ils ont fini par s'étendre à la surface de la cornée jusqu'à quelques millimètres de son bord. A part le larmolement et un léger catarrhe de la muqueuse conjonctivale déjà mentionnés, il n'y avait aucun symptôme d'inflammation ou de sécrétion exagérée.

Etant donné l'état général de la malade, on admit le diagnostic de *papules syphilitiques*.

A la sortie de l'hôpital Broca, traitement continué au dispensaire de L. de Rothschild à Berck : frictions mercurielles et iodure de potassium à l'intérieur.

A partir du 1^{er} octobre, l'affection oculaire commença à s'améliorer ; la syphilide de l'œil diminua progressivement de volume, s'affaissa et prit une teinte tout à fait grisâtre. Cependant, à plusieurs reprises, lorsque la malade s'exposait au vent, elle reprenait son aspect primitif, se congestionnait, se vascularisait, de sorte qu'on se décida même à pratiquer une injection sous-conjonctivale de sublimé, qui d'ailleurs n'amena pas de bon résultat.

Le 16 novembre, retour à Paris. L'œil est encore congestionné, mais les papilles sont affaissées, avec une opacité de la cornée qui présente une certaine tendance à l'envahissement, sous forme de traînées opalescentes.

Quatre jours après, elle fut présentée à la clinique du D^r Meyer. A l'endroit de l'affection décrite, se trouvait une tache grisâtre qui occupait la conjonctive et la cornée voisine. Avec un fort grossissement, on reconnaît que l'opacité est formée par une membrane très mince, qui recouvre la conjonctive et la partie périphérique de la cornée, comme un ptérygion sans plis et sous la forme caractéristique de celui-ci. Dans cette opacité, on voit un réseau de stries blanchâtres, irrégulièrement enchevêtrées comme dans certaines formes de kératite infectieuse. La malade présentait encore de nombreuses taches de syphilis en partie squameuses, de couleur cuivrée, disséminées sur tout le corps, des papules syphilitiques près des commissures des lèvres, et une violente inflammation de l'oreille gauche qui était considérablement gonflée et le siège d'une sorte d'eczéma sécrétant.

On commença immédiatement un traitement énergique par des injections sous-cutanées de cyanure de mercure qui sont très bien supportées. L'oreille guérit rapidement ; les syphilides cutanées pâlisent et disparaissent ; l'œil, sauf une très légère opacité du bord de la cornée et un peu de vascularisation conjonctivale, à l'endroit des syphilides, a repris maintenant son aspect normal.

§ 3. — PLAQUES MUQUEUSES CONJONCTIVALES

Les plaques muqueuses observées sur la conjonctive sont beaucoup moins nombreuses que les papules de la même région. Leur nombre est environ trois fois moindre que celui des lésions dont nous venons de parler. Il est très rare de les constater exclusivement sur la muqueuse conjonctivale, sans aucun empiètement sur les rebords palpébraux ou les commissures. Ce sont alors de petites saillies légèrement gaufrées, à peine surélevées au-dessus du plan conjonctival ; leur forme est ronde ou ovale et leurs contours sont nets et non sinueux. Elles ont une couleur opaline, légèrement grisâtre, ou présentent une teinte jaunâtre et fauve ; tranchant nettement sur le fond rouge et injecté du reste de la muqueuse palpébrale.

Comme les papules conjonctivales, elles peuvent aussi provoquer une réaction intense du côté de la conjonctive. Les paupières sont alors tuméfiées et offrent un chémosis plus ou moins accentué. La conjonctive est rouge, infiltrée et boursouflée, et l'inflammation, gagnant en profondeur, peut atteindre même les cartilages tarses qui eux aussi s'épaississent, s'infiltrant et se tuméfient (Magawly-Mauthner).

La sécrétion conjonctivale se borne quelquefois à un simple larmolement, mais souvent il y a une sécrétion aqueuse et muqueuse abondante, mêlée à un écoulement muco-purulent.

Ordinairement pas de douleurs périorbitaires. Ces ulcérations, tant au point de vue de leur aspect qu'au point de vue anatomo-pathologique, ressemblent absolument aux plaques analogues que l'on rencontre sur les autres muqueuses.

Mais, à côté de ces altérations purement conjonctivales, s'en montrent d'autres plus nombreuses, mais moins nettes. Nous voulons parler de celles que l'on rencontre sur le bord libre des paupières, au niveau des commissures palpébrales et même sur la caroncule. Celles-ci sont presque toujours érosives, et s'accompagnent de la chute des cils. Quelquefois même elles deviennent ulcéreuses, et on en a vu sur lesquelles on avait déjà porté un pronostic bénin, ronger insensiblement le bord libre, l'échancrer et produire une perte de substance définitive. Au niveau du grand angle de l'œil, elles peuvent, quand il en est ainsi, rétrécir, obstruer et dévier les points lacrymaux. Ces plaques muqueuses palpébrales envahissent quelquefois, en second lieu, toute la face interne des paupières et provoquent autour d'elles, par leur confluence, une inflammation conjonctivale plus ou moins intense avec sécrétion purulente et gonflement. L'appareil symptomatique qui les accompagne alors pourrait faire craindre une ophtalmie blennorragique, si on n'en découvrait aisément la cause en inspectant les voiles palpébraux.

Voici un certain nombre d'observations se rapportant

à cette nouvelle manifestation syphilitique de la conjonctive :

OBSERVATION XVIII

(Jullien, *Traité des maladies vénériennes*. Service de M. Horteloup. Hôpital du Midi).

Plaques muqueuses palpébrales.

Homme, malade depuis peu, se présente avec une telle tuméfaction des paupières, une sécrétion purulente si abondante, qu'au premier abord on crut à une ophthalmie gonorrhéique. Mais on reconnut bientôt que les conjonctives palpébrales étaient, dans toute leur étendue et de chaque côté, le siège d'énormes plaques lardacées, diphtéroïdes. Bien qu'il y eût tout autour une conjonctivite des plus intenses, la guérison fut très rapidement obtenue.

OBSERVATION XIX

(Une observation de syphilis de la conjonctive, par MM. les Dr Adenot et Meurer, *Province médicale*, 1892.)

Mlle T... vingt et un ans, bonne santé apparente, entre chez Mme M..., comme nourrice en décembre 1891. Cette dernière a un abcès du sein et ne peut plus allaiter son enfant, âgé de deux mois environ. Mme M... est mariée avec un homme d'apparence bien portant. Ils nient tous deux toute espèce de maladies syphilitiques ou autres. Il y a eu de ce mariage trois enfants tous vivants. Le premier, âgé de cinq ans, jouit d'une bonne santé. Le second, âgé de trois ans et demi, eut ces derniers temps, un abcès froid dans le dos.

Le troisième enfant, un garçon aussi, est chétif, malingre, maigre et cachectique.

La nourrice appelée est d'apparence robuste ; elle a perdu son

enfant âgé de trois mois, de la coqueluche, dit-elle. Elle a même huit frères ou sœurs, ils sont encore sept bien portants.

Quelques jours après son entrée, la nourrice présente un petit abcès, il guérit rapidement après incision.

De son côté, l'enfant s'affaiblit encore, prend un aspect vieillot, il a un coryza chronique, avec quelques croûtes qui obstruent constamment les narines et accompagnées d'un suintement d'aspect douteux.

Le 17 mars, le nourrisson souffre d'un premier abcès sous-maxillaire, avec volumineux ganglions de la nuque. Deux mois après, nouvel abcès cervical. Ils guérissent tous deux après ouverture.

A la fin du mois d'avril ou du courant de mai, la nourrice présente quelques phénomènes conjonctivaux très légers et un peu de larmolement. A ce moment pas de boursoufflement.

Trois semaines après les accidents conjonctivaux, éruption généralisée sur le tronc et les membres. La paume et le dos des mains, les doigts offraient un grand nombre de syphilides papuleuses.

Impossible de trouver trace d'un chancre, et la malade nie tout coût depuis ses fonctions de nourrice.

A la face, accidents intenses. Figure boursoufflée, paraissant comme envahie par un érysipèle. Lèvres, ailes du nez épaissies, comme œdémateuses. Les pommettes épaissies élargissaient la face, et, avec des ganglions sous-maxillaires engorgés, rendaient cette fille méconnaissable. Les paupières difficilement entr'ouvertes et tuméfiées étaient doublées de volume. En plus, ecchymose noirâtre, lie de vin, occupant la partie basse des deux paupières inférieures. Chémosis énorme des deux côtés. La conjonctive oculaire infiltrée laissait, entre les rebords du bourrelet, comme un godet évasé dont le fond, en partie masqué, était constitué par la cornée. Du côté de l'angle palpébral externe, l'injection de la conjonctive oculaire était beaucoup plus marquée; du côté de l'œil gauche, cependant, il existait près de la caroncule une tache rouge de l'étendue d'une lentille et qui était manifestement une plaque muqueuse.

En retournant les paupières supérieures, ce qui était difficile en raison du boursoufflement des tissus, on constatait deux plaques muqueuses de la largeur d'une pièce de 20 centimes. Ces quatre plaques, situées à peu près en des points symétriques des deux conjonctives supérieures, affleuraient par leur bord inférieur la racine des cils ; cependant la paupière ne paraissait pas dans le point correspondant plus tuméfiée qu'ailleurs, aussi la lésion n'était-elle pas visible avant la manœuvre. Ces plaques muqueuses, au jour frisant, apparaissaient légèrement saillantes, comme gaufrées, et leur teinte légèrement jaunâtre et fauve, tranchait nettement sur le fond rouge injecté du reste de la muqueuse palpébrale.

Pas de lésions analogues sur les muqueuses palpébrales inférieures, au niveau desquelles on ne constatait que de l'œdème et une injection violente.

Les yeux, à demi clos, gonflés, comme noyés dans une sécrétion muco-purulente, plutôt muqueuse et aqueuse abondante, donnaient à la malade un aspect bien particulier. En même temps, la muqueuse du nez était le siège de sécrétion également abondante.

Pas de souffrance, la malade était seulement inquiète. La vision devenait difficile à cause du bourrelet chémotique. L'iris, absolument intact, répondait complètement à la lumière et à l'accommodation.

Jamais de douleurs périorbitaires.

Un traitement énergique, général et local, fut institué. Déjà le lendemain le chémosis entraînait en voie de régression. Douze jours après, le gonflement du visage avait disparu, les ecchymoses palpébrales et bulbaires s'étaient effacées. Il ne restait plus qu'un point ecchymotique de la grosseur d'un grain de millet sur les muqueuses palpébrales au niveau du siège des plaques muqueuses.

Quant aux autres symptômes de l'éruption générale, ils avaient subi une amélioration semblable.

Actuellement la guérison de ces symptômes s'est maintenue.

OBSERVATION XX

Syphilis secondaire (plaque muqueuse) de la conjonctive bulbaire, par M. Fromaget. *Gaz. heb. des sciences méd. de Bordeaux*, 1893.

Jean D..., quarante-six ans, tailleur, souffre de l'œil gauche depuis une dizaine de jours. Les paupières sont un peu tuméfiées. La conjonctive bulbaire est très rouge et présente un chémosis notable. Il y a un peu de larmolement, mais pas de sécrétion muco-purulente, comme on aurait pu en trouver, car, *a priori*, on croirait avoir affaire à une ophtalmie infectieuse. La cornée est intacte, et on s'explique difficilement la présence de ce chémosis. Mais on aperçoit sur la conjonctive, en dehors de la cornée, une ulcération de la largeur d'un pois, peu profonde, et on en rencontre une autre en dehors, beaucoup plus étendue. Le malade n'a subi aucun traumatisme. Les ulcérations ont apparu sans qu'il s'en soit aperçu.

Le malade a été atteint de syphilis il y a dix-huit mois ; il a eu une roséole, des syphilides, dont on retrouve les traces, et, ces temps-ci, des poussées de plaques muqueuses dans la bouche.

Les ulcérations ressemblent absolument à des plaques analogues. On lui prescrit des pilules de protoiodure et des frictions mercurielles. Au bout de huit jours, il revient très amélioré. Le traitement nous démontre qu'il s'agit là d'une lésion spécifique.

OBSERVATION XXI (inédite)

Plaque muqueuse de la conjonctive palpébrale, par M. Delore, interne au service de M. le professeur Gailleton à l'hospice de l'Antiquaille.

Marie M..., ménagère, vingt-cinq ans, entre à l'hospice de

l'Antiquaille le 24 mai 1895, salle Sainte-Agnès, n° 4. On ne relève pas d'antécédents personnels, et, en somme, très bonne santé habituelle.

Mariée il y a quatre ans environ, cette femme a eu deux enfants tous deux actuellement bien portants. Le dernier accouchement date de neuf mois environ.

Dans les premiers jours du mois de février, cette malade, voulant prendre un nourrisson, s'adressa à un bureau de nourrices de Lyon, qui lui fournit quelques jours après, c'est-à-dire vers le 8 ou 10 février, le nourrisson demandé.

Ce nouveau-né avait alors deux ou trois jours, semblait bien portant et la nourrice, qui avait été le chercher à Oullins, l'emporta immédiatement, sans aucune méfiance.

Trois ou quatre jours après, apparurent sur le corps de l'enfant quelques boutons discrets sur le pourtour des narines, puis sur le menton. Ces boutons se réunirent peu à peu, s'ulcérèrent, en même temps que se formaient des ulcérations aux fesses et aux genoux. A cette époque, la nourrice reçut la visite du médecin du bureau, qui ne put se prononcer catégoriquement sur la maladie de l'enfant. Cette femme avait alors son nourrisson depuis un mois.

Dans les jours suivants, l'enfant présenta des ulcérations des lèvres : celles des fesses, des genoux et des pieds s'aggrandirent peu à peu. Des épistaxis fréquents apparurent, et la nourrice remarqua que l'enfant pressait difficilement le sein, le lâchait souvent pour le reprendre peu après, manifestait des signes d'impatience et pleurait à chaque tétée, ce qui fait présumer que la respiration nasale était difficile, très certainement à cause d'ulcérations et de croûtes sur la muqueuse du nez.

Le nourrisson maigrit rapidement, puis présenta quelques convulsions et enfin mourut dans le coma six semaines environ après son entrée chez sa nourrice.

On montre à la nourrice des moules en cire de lésions syphilitiques infantiles de la clinique, et elle n'hésite pas à répondre que celles de son nourrisson étaient absolument identiques.

La mère du nourrisson est revendeuse à Oullins ; elle est mariée, a eu cinq enfants, dont quatre sont morts en bas âge de

maladie indéterminée; c'est tout ce qu'on a pu savoir de cette femme.

La nourrice ne présentait aucune lésion au moment de la mort du nourrisson. Bientôt, trois ou quatre jours après, elle s'aperçut de l'existence d'un petit bouton sur le sein droit; c'était au milieu de mars, un mois et demi après le début de l'allaitement. Ce bouton grossit rapidement, s'ulcéra au bout de quelques jours, en même temps que les mouvements du bras droit devenaient très pénibles, à cause d'un engorgement considérable des ganglions axillaires droits.

Un second bouton apparut sur le sein gauche, suivi des mêmes phénomènes, beaucoup moins accentués cependant.

Ces deux ulcérations commençaient à se cicatriser quand apparurent simultanément vers le milieu d'avril, c'est-à-dire un mois après le début des lésions des seins des boutons sur les épaules, dans les cheveux et sur les membres inférieurs, des ulcérations sur les lèvres, avec dysphagie et légère raucité de la voix, une céphalalgie violente qui dura pendant trois semaines, ainsi que des douleurs très aiguës dans les membres inférieurs et supérieurs et un grand abattement intellectuel et physique. La malade a remarqué qu'elle avait perdu une grande partie de ses cheveux.

A son entrée, on constate une grande faiblesse, un grand abattement et une pâleur marquée. La céphalalgie a disparu, mais il persiste des douleurs le long du tibia, si intenses que le simple contact ou passage de la main sur cet os suffit à provoquer des plaintes de la malade.

On trouve un noyau petit, dur sur l'aréole droite, en dehors du mamelon, vestige du chancre induré primitif. Sur le sein gauche, même noyau mais plus difficile à sentir.

Dans l'aisselle droite, on note une pléiade ganglionnaire indolore caractéristique, et, dans l'aisselle gauche, un ou deux ganglions mobiles, indolores également.

Il existe des papules très nettes sur les deux seins, sur les deux épaules dont quelques-unes sont recouvertes d'une croûte, et enfin, sur la face et dans le cuir chevelu dont les cheveux sont clairsemés.

La malade se plaint de dysphagie, et on voit des ulcérations sur les deux piliers antérieurs du voile du palais. Elle se plaint également d'une légère douleur dans l'œil droit.

La paupière inférieure droite est légèrement enflammée sur le bord libre et épaissie dans sa totalité, mais surtout près de l'angle externe de l'œil où l'on sent une induration manifeste. En abaissant cette paupière, on voit une ulcération blanchâtre, de forme ovale, allongée dans le sens transversal, large d'1 centimètre et longue d'1 cm 1/2 environ. Tout autour de cette ulcération la conjonctive palpébrale est rouge et tuméfiée. Il n'y a rien sur l'œil ni sur la conjonctive palpébrale supérieure.

On fait le diagnostic de : *plaque muqueuse de la conjonctive palpébrale*. Cette plaque muqueuse a débuté par un petit bouton qui s'est ulcéré, il y a un mois, c'est-à-dire au moment des plaques muqueuses de la bouche et des papules de la surface cutanée.

Le 5 juin, sous l'influence du traitement mercuriel et du gavage l'état général s'est bien amélioré. On trouve les mêmes papules cutanées, les mêmes plaques muqueuses de la bouche, mais bien diminuées. La douleur au contact des tibias a presque disparu.

L'ulcération conjonctive est en voie de disparition, longue de 1/2 centimètre et large de 2 à 3 millimètres.

Le 12 juin, l'ulcération conjonctivale ne persiste plus que sous forme d'un trait long de quelques millimètres. La rougeur périphérique est beaucoup moins étendue, l'œdème et l'induration ont presque complètement disparu. L'état général et les lésions cutanées et muqueuses sont bien améliorés.

Le 18 juin, on ne remarque plus rien sur la conjonctive palpébrale, mais le rebord de la paupière est encore très légèrement pâle sur le point envahi autrefois par l'ulcération conjonctivale.

La malade est en voie de guérison parfaite.

OBSERVATION XXII (inédite)

(Recueillie par M. Pétouraud, interne du service de M. le professeur Poncet, suppléé par M. Et. Rollet, agrégé.)

Jean F..., trente-huit ans, tisseur, entre le 15 mai 1895 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, n° 12.

Rien à relater dans les antécédents héréditaires. Marié depuis dix-huit ans. Femme bien portante; deux enfants morts en bas âge, trois vivants et bien portants.

Il y a cinq ans environ le malade éprouva des démangeaisons généralisées à tout le corps, s'accroissant sous l'influence de la transpiration, et se faisant sentir pendant la nuit avec une acuité, croissante au point de priver le malade de son repos accoutumé.

Des bains alcalins et sulfureux qu'un médecin avait ordonné n'avaient déterminé aucune amélioration.

Il y a deux ans, le malade vit apparaître sur la face externe des jambes des éruptions qui se généralisèrent peu à peu aux bras et au tronc, déterminant une recrudescence notable des démangeaisons. Le traitement balnéaire continu ne donna que des résultats médiocres. Jamais de traitement interne.

Il y a environ trois mois, le malade, en se grattant, déterminant, vers la région axillaire du côté droit, la production d'une petite écorchure, et, assez rapidement, une tuméfaction arrondie et dure prit naissance à ce niveau; elle alla sans cesse en s'accroissant, sans s'accompagner de phénomènes subjectifs notables, et, finalement, il y a cinq semaines, la grosseur s'ulcéra et donna issue à un ichor fétide et très abondant.

L'état général est demeuré excellent.

Actuellement le malade présente une éruption généralisée, atteignant la face externe des jambes, la région poplitée et la face postérieure des cuisses, la face postéro-interne du bras, et d'autre part entourant la partie inférieure de l'abdomen, en forme de ceinture, envoyant deux sous-cuisses au niveau du pli de l'aîne.

Ces éruptions sont constituées par des taches arrondies, mais le plus souvent en forme de fer à cheval, variant de l'étendue d'une pièce de 50 centimes à celle d'un écu de 5 francs. Ces taches sont brunâtres, jambon rance, avec des croûtelles furfuracées d'aspect gris clair, desquamant facilement quand le malade se gratte. A ce moment on voit apparaître au dessous de la partie desquamée, la susdite coloration, et, à un degré de plus, un piqueté sanguin.

Sous la voûte axillaire, et contre la paroi antérieure de la région, on remarque deux masses bourgeonnantes, allongées, qui ont pris naissance sur une plaque de l'éruption que le malade avait ulcérée. Au centre, ces masses sont recouvertes d'un large enduit grisâtre, pultacé, adhérent. Les bords sont épais, indurés et renversés. Les couches superficielles des téguments sont seules intéressées, car ces masses se déplacent avec la peau. Un ichor jaunâtre, à odeur *sui generis*, de fermentation épithéliale, s'écoule sans cesse en très grande abondance au niveau de ces plaques.

Le médecin qui adressa le malade à l'Hôtel-Dieu avait fait le diagnostic de deux cancroïdes, et d'autres confrères avaient même songé à un mycosis fongoïde.

De nombreux ganglions sont parsemés sur la surface du corps : deux gros à la nuque, deux plus petits dans les loges sous-maxillaires, avec un petit chapelet dans le creux sus-claviculaire. A gauche, un gros ganglion dans l'aisselle. Dans les aines, pléiade ganglionnaire à droite et surtout à gauche.

L'examen de la gorge révèle au fond du pharynx, à gauche, une petite zone dépolie qui paraît être une plaque muqueuse.

M. le professeur agrégé Et. Rollet, qui supplée M. le professeur Poncet, examine le malade et fait le diagnostic de *syphilis secondaire avec condylomes muqueux axillaires*.

A l'œil, ulcération toute petite occupant la commissure externe, à ce niveau, la conjonctive est le siège d'une infiltration de voisinage.

Il s'agit ici évidemment d'une plaque muqueuse papulo-érosive de la commissure externe, s'avancant en dedans sur la muqueuse conjonctivale de la paupière. Cette plaque est à cheval, érosive

en dedans, croûteuse en dehors, comme les plaques de la commissure labiale.

On ordonne aussitôt des frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain, des bains et de l'iodure de potassium, d'abord à la dose de 2 grammes, puis de 4 grammes. Comme traitement local, lavages de l'œil à l'eau boriquée.

Le 30 mai, la plaque muqueuse a disparu, elle a mis huit jours pour le faire. Les condylomes de l'aisselle forment encore de petites saillies, mais ils se sont beaucoup affaîssés.

Le malade quitte le service le 8 juin, promettant de continuer le traitement général. Les plaques muqueuses végétantes de l'aisselle ont presque disparu.

En raison du diagnostic délicat des cas de papule conjonctivale, nous avons tenu à examiner dans un même chapitre les papules et les plaques muqueuses de la conjonctive. Nous ferons remarquer que ces accidents secondaires les plus précoces et contemporains peuvent coexister chez le même malade. et que, de même qu'aux organes génitaux, au niveau des plis et sillons, ici on voit une papule sèche et là une papule humide.

A la conjonctive bulbaire, la papule est sèche ou devient un peu érosive; dans le cul-de-sac, à la conjonctive palpébrale, il y aura une plaque opaline ou une plaque muqueuse hypertrophique (papule humide), modification due à l'humidité et au frottement de la région.

CHAPITRE III

Diagnostic

D'une manière générale, le diagnostic de ces lésions n'est pas de la première facilité. Le praticien se perd souvent au milieu du dédale des affections pouvant atteindre la région qui nous occupe, et, il s'égare encore bien mieux, si le malade, entraîné par une fausse honte, n'ose avouer les accidents spécifiques antérieurs qui même peuvent aussi n'avoir jamais été remarqués. Toutefois ses recherches seront bien facilitées, s'il songe à la syphilis, fait déshabiller le malade et, arrive à découvrir une cicatrice indurée, reste évident de l'accident primitif; ou bien s'il a l'heureuse chance de voir, comme cela se produit souvent, ces lésions conjonctivales coexister avec d'autres lésions de même nature et de même forme sur les autres parties du corps et la face surtout. C'est en effet dans les cas d'éruption faciale intense localisée principalement au front et au menton, que l'on rencontre le plus souvent les

syphilides secondaires de la conjonctive. Il semblerait que, dans ce cas, l'action virulente de la syphilis fut plus intense que d'ordinaire ; c'est du moins ce que semble dire Sichel, quand il déclare que « les lésions secondaires de la conjonctive sont des éléments certains de diagnostic des syphilis graves. » Nous ne voulons pas surenchérir sur cette affirmation qui nous paraît quelque peu avancée, et, comme notre expérience en la matière est bien limitée, nous nous contenterons de nous appuyer sur l'autorité beaucoup moins contestable des auteurs qui, eux n'ont jamais insisté sur cette judicieuse remarque du Dr Sichel.

L'iritis, avec ses douleurs périorbitaires, peut également apparaître en même temps que les manifestations conjonctivales, et l'on conçoit que dans ce cas, comme dans celui d'éruption cutanée, les recherches soient moins longues pour arriver au véritable diagnostic.

Mais comme il est nombre d'affections, d'origine syphilitique ou non, pouvant simuler les différents aspects empruntés par la syphilis secondaire de la conjonctive, il est bon, nous le croyons du moins, de les passer en revue et de montrer pour chacune d'elle, ce qui peut la faire distinguer des lésions qui nous occupent.

En premier lieu nous parlerons du chancre induré de la conjonctive ou du bord palpébral. Il ne peut évidemment simuler qu'une plaque papulo-ulcéreuse, à moins toutefois qu'on ne l'observe qu'à son début, lorsqu'il présente l'apparence d'une petite tache rouge avec, à son centre, une papule d'un rouge brun cuivreux. Mais, soit à la période de début, soit à la période d'état, soit enfin à la période de déclin et de réparation, jamais un chancre syphilitique de la conjonctive avec son induration, son

aspect couleur jambon, son adénopathie parotidienne et sous-maxillaire, ne pourra être confondu avec une plaque muqueuse ulcéreuse, surtout s'il n'y a pas sur le corps trace d'une éruption spécifique quelconque. Il est très rare en effet que les accidents secondaires apparaissent en même temps que l'accident primitif.

Quant au chancre mou, nous ne croyons pas que la confusion soit bien possible pour y insister plus longtemps. Du reste il n'en existe pas d'observation bien authentique.

Avec les gomme, c'est une nouvelle question, et il est quelquefois très difficile de poser un diagnostic net. Si la gomme est grosse, ce n'est pas avec une papule syphilitique qu'on peut bien la confondre, ce serait plutôt, comme cela est arrivé d'ailleurs, avec un épithélioma. Il s'agit dans tous les cas d'une tumeur plus saillante, indolente, pouvant être accompagnée, il est vrai, comme les papules et les plaques muqueuses, d'une forte injection vasculaire voisine et d'un gonflement considérable, pouvant aussi, comme elles, s'ulcérer; mais c'est précisément au moment de cette ulcération que la gomme prend un type caractéristique, car souvent alors elle est destructive, accompagnée de fortes douleurs, de fièvre et de délire.

On ne confondra pas les papules avec ce catarrhe intense bien décrit par Mauthner et par d'autres, et considéré comme un accident général de la vérole, pas plus qu'avec la conjonctivite syphilitique de nature granuleuse décrite par Golzieher, simulant le trachome. Car l'épisclérite gommeuse est le plus souvent constituée par un unique bouton, très volumineux, *parfaitement adhérent à la sclérotique*; ce bouton s'ulcère aussi parfois, et

certaines syphilides dites ulcéro-papuleuses doivent ne pas être autre chose. Enfin l'épisclérite non syphilitique, soit dans sa forme bien localisée, soit dans sa forme boutonneuse, sera avant tout distinguée par *l'immobilité* absolue de la saillie qui tient à la sclérotique, tandis que les papules et les plaques sont ordinairement mobiles avec la conjonctive.

L'herpès de la conjonctive, étant constitué par de petites vésicules groupées ou isolées, de couleur gris perle, ne peut pas être pris pour des papules. Les vésicules peuvent en effet disparaître du jour au lendemain. De plus, c'est une affection généralement liée à un trouble gastrique; s'accompagnant d'un léger mouvement fébrile, et caractérisée par de petites vésicules opalines, dépressibles, se montrant sur un fond rouge.

Quant à l'érythème noueux et papuleux de la conjonctive, il est constitué par des taches saillantes et arrondies, dures et formant de véritables nodosités. Elles coïncident, tout le monde le sait, avec des douleurs articulaires, et s'accompagnent ordinairement de fièvre. Il en est de même du zona de la conjonctive dont les névralgies violentes doivent le distinguer des papules et des plaques.

Mais ne serait-il pas possible, à cause de l'aspect lobulé, bosselé de la papule syphilitique, de la confondre avec un *épithélioma* de la conjonctive? Les différents caractères de la tumeur spécifique, son aspect, sa forme, son siège, sa coloration, la vascularisation du voisinage, l'indolence, l'absence fréquente de sécrétion, sont tous symptômes appartenant à l'épithélioma. Oui, certes; mais il faut tenir compte de l'âge du sujet, et surtout de la rapidité de l'évolution de la tumeur qui, dans le cas de syphilis, arrive en peu de jours à une grosseur

que ne pourrait atteindre l'épithélioma dans le même laps de temps.

Grande différence aussi avec le *chalazion*. D'abord, le chalazion est un kyste renfermant les produits de la glande aux dépens de laquelle il est formé. Il est donc profond, et sa consistance n'est pas la même que celle de la papule qui est ferme, rigide. De plus, le chalazion se développe toujours très lentement et peut s'arrêter à chaque degré de son développement.

Est-ce bien nécessaire de parler du *ptérygion*, qui, avec sa forme triangulaire et son siège favori, sa marche progressivement envahissante, n'a aucun rapport avec les papules ou les plaques muqueuses ? Et puis, le *ptérygion* ne rétrocede jamais spontanément, c'est une lésion définitive qui ne disparaît que par intervention locale. Il en est de même du *pinguicula*, qui, lui, est produit par le contact de petits corps étrangers.

L'*hypertrophie simple* de la conjonctive, due à l'épaississement de la couche épithéliale ou au développement anormal du corps papillaire ainsi que cela s'observe parfois chez les jeunes gens et surtout chez les enfants lymphatiques et débilités, peut-elle être confondue avec une lésion secondaire ? A cette question, on doit également répondre par la négative, car l'hypertrophie conjonctivale ne survient qu'à la longue après de nombreuses rechutes de conjonctivite phlycténulaire, rechutes se succédant rapidement pour finir par ne plus disparaître et amener le développement exagéré des différentes couches de la muqueuse.

La conjonctivite phlycténulaire et la conjonctivite pustuleuse n'ont pas l'aspect lobulé de la tumeur spécifique

elles n'ont pas pour l'acorné le même respect que cette dernière. Leur durée est bien plus longue et la gêne qu'elles apportent au fonctionnement de l'œil bien plus considérable. La photophobie est plus intense, il y a du blépharospasme et souvent une sécrétion de larmes *chaudes* que l'on ne rencontre pas dans la syphilis palpébrale.

Enfin, si le diagnostic est impossible, si l'on a usé de tous les moyens d'investigation fournis par la pratique ordinaire, le meilleur moyen est souvent, dans les cas douteux, d'appliquer le traitement spécifique ; le résultat, positif ou négatif obtenu, est la meilleure base que l'on puisse choisir pour établir la nature de la lésion.

CHAPITRE IV

Pronostic et Traitement.

Les manifestations conjonctivales de la syphilis sont essentiellement bénignes comme accidents locaux et ne provoquent que des troubles fonctionnels peu importants qui disparaissent avec elles. Dans quelques cas, on a pu voir les syphilides développées au niveau du grand angle de l'œil dévier, rétrécir et obstruer les points lacrymaux ; mais la gêne apportée dans ce cas à l'écoulement des larmes n'est que transitoire, et disparaît quand la néoplasie s'affaisse.

Pourtant Terson affirme que, comme dans la majorité des cas de syphilis oculaire, ces lésions doivent être considérées comme un élément de pronostic des syphilis graves. Nous avons déjà dit ce que nous pensions de cette allégation.

Le traitement sera à la fois général et local.

Général, il consistera surtout en frictions avec l'onguent

napolitain à des doses variant de 2 grammes à 5 grammes par jour. Mais malheureusement ce traitement, qu'il est facile d'imposer dans les services hospitaliers, n'a pas toujours la faveur de la clientèle de cabinet. On pourra alors le remplacer par les pilules au deutochlorure de mercure (pilules Dupuytren), une à deux par jour, ou par celles au protoiodure (pilules Ricord), une à deux aussi par jour.

Quelquefois on aura recours aux bains de sublimé, de même qu'aux injections profondes de sels mercuriels solubles ou insolubles. Ce dernier moyen ne s'emploie que lorsqu'il s'agit de syphilis grave; il est alors indiqué d'agir énergiquement, comme l'a conseillé M. le professeur Augagneur (Congrès de syphiligraphie, Lyon, août 1894).

Toutefois on suspendra le traitement mercuriel à la moindre remarque de salivation, de lésion gingival ou de stomatite. Il sera même bon de prescrire en même temps le chlorate de potasse en gargarisme ou le borate de soude en collutoire.

A la médication mercurielle, il faut souvent ajouter l'iodure de potassium, car cet agent donne de bons résultats à toutes les périodes de la syphilis.

Si à cela on joint aussi un traitement reconstituant et une hygiène convenable, on réalisera le rêve de la thérapeutique syphilitique.

Localement, des quantités de médicaments ont été employés; nous citerons au hasard les insufflations de calomel, d'iodoforme en poudre, les pommades à l'oxyde de zinc et au précipité rouge, les attouchements au crayon de nitrate d'argent et au sulfate de cuivre en substance, et

même au nitrate acide de mercure, enfin les lavages à l'eau boriquée et au sublimé (solution légère de 5 centigrammes pour 500 d'eau).

Faut-il parler des injections sous-conjonctivales de sublimé (II gouttes de solution de sublimé à 1/1000) ? Leur efficacité n'est pas très bien établie, et les résultats qu'elles ont donnés sont fort douteux, ou très médiocres quand on en obtient. D'ailleurs les auteurs sont peu d'accord sur leur action, les uns croient à leur efficacité, les autres la trouvent nulle ou médiocre.

Devant tout cet arsenal médical, le praticien est, malgré lui, hésitant sur le choix des applications locales qu'il devra faire ; nous voudrions le convaincre en lui disant que les moins irritantes sont les meilleures et qu'il faut compter surtout sur le traitement interne.

CONCLUSIONS

I. La syphilis secondaire de la conjonctive n'est pas fréquente; mais elle n'est pas aussi rare qu'on veut bien le prétendre. Les nombreuses observations données dans ce travail en sont la preuve.

II. Les accidents observés affectent l'un des trois types suivants : *conjonctivite hyperémique ou pseudo-granuleuse, papule, plaque muqueuse*. Mais ces formes peuvent parfaitement se combiner ou coexister sur la conjonctive.

III. D'une façon générale, on rencontre plus souvent sur la conjonctive la papule que la plaque muqueuse.

IV. C'est ordinairement sur la conjonctive bulbaire que l'on trouve la papule. Cela tient sans doute à ce que cette région est moins humide, plus découverte et plus exposée à l'air.

V. La plaque muqueuse sécrétante se trouve spécialement sur la conjonctive palpébrale en raison de l'humidité et des frottements dont cette surface et le siège.

VI. Le pronostic de ces lésions est bénin, et le traitement sera surtout général. Si l'on intervient localement, on évitera autant que possible les applications irritantes.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
AUGAGNEUR.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- Alf. Smee. — Case of copper coloured, syphilitic eruption affecting the conjunctiva (London med. gaz., new series, vol. I, 1844, 1845).
- Desmarres père. — Affections syphilitiques de la conjunctive (Traité des maladies des yeux, t. II, 2^e édition, p. 213, 217, Paris 1855).
- John F. France. — On syphilitic blotch of the conjunctiva (Guy's hosp. rep., third séries, vol. VII, p. 109, 112, London 1861).
- Magni. — Cherato, congiuntivite gommosa (Giornale d'oftalm. ital., vol. VI, 134, 143, Torino 1863).
- Windson. — British medical gazette, 283, 1865.
- L. de Wecker. — Lésions syphilitiques de la conjunctive (Traité des maladies des yeux, 2^e édition, t. I, p. 174, 177, Paris 1867, 1868).
- L. Mauthner. — Die Syphilitischen erkrankungen des Auges (in Zeissl's Lehrbuch der Syphilis, p. 289, Stuttgart 1875).
- Savy. — Contribution à l'étude des éruptions de la conjunctive (Thèse de Paris 1866).

- A. Sichel. — Lésions syphilitiques de la conjonctive (Traité élémentaire d'ophtalm., vol. I, p. 153, Paris 1879). — Un cas de syphilis conjonctivale (Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie, 1880). — Centralblatt für praktische Augenheilkund, 1880.
- Galvani. — Manifestation syphilitique conjonctivale (Gaz. hebd., 1880, n° 21).
- Galezowski. — Traité des maladies des yeux.
- Lang. — Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis, 1885 (Vorstand der Syphil. dermatol. Klinik und Universität in Innsbruck).
- Bosma. — Sopra un caso di papulo syphilitica congiuntivale (Gazz. med. ital., anno 26, n° 38, Prov. Venete).
- Dor. — Papules syphilitiques de la conjonctive palpébrale et bulbaire (Annales de Dermatologie, 1881).
- Goldzieher. — Centralblatt für praktische augenheilkund, 1888.
- Alexander. — Syphilis und Auge (Wiesbaden, 1889).
- Frapeznikoff. — Vrach, 1891/35.
- Jullien. — Traité des maladies vénériennes, p. 712.
- Berger. — Maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale, 1892.
- Adenot et Meurer. — Une observation de syphilis de la conjonctive (Prov. med., 8 oct. 1892).
- Fromaget. — Syphilis secondaire de la conjonctive bulbaire (Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux, n° 32, 1893).
- Terson. — Les papules syphilitiques de la conjonctive (Gaz. med. Paris. 1894).
- Herter. — Schleimhaut papulen der conjunctivae bulbi (Klinische Monatsblätter für Augenheilkund, 1894).
- De Rothschild. — Observation de syphilide papuleuse de la conjonctive près du bord de la cornée (Revue générale d'ophtalmologie, mars 1895).
- Gutmann. — Médecine moderne, p. 353, 1895.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	11
CHAPITRE II. — Symptômes	18
CHAPITRE III. — Diagnostic	61
CHAPITRE IV. — Pronostic et traitement.	67
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE	73

